UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1974 - N° 271

LE TRAITEMENT DES CANCERS DE L'ŒSOPHAGE THORACIQUE ET DU CARDIA

(A propos de 330 observations)

Travail du Service du Professeur Agrégé E. C. SAUBIER

THESE

présentée
à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 23 Septembre 1974
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Christian BARBE
né le 22 Novembre 1944
à NIMES (Gard)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544715_0002

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1974 - N° 271

LE TRAITEMENT DES CANCERS DE L'ŒSOPHAGE THORACIQUE ET DU CARDIA

(A propos de 330 observations)

Travail du Service du Professeur Agrégé E. C. SAUBIER

THESE

présentée
à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 23 Septembre 1974
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Christian BARBE
né le 22 Novembre 1944
à NIMES (Gard)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

- Président de l'Université : Professeur J. BOIDIN
- Premier Vice-Président : Professeur R. TOURAINE
- Secrétaire Général : M. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université

— Directeurs —

Grange-Blanche	: Professeur D. GERMAIN
Alexis-Carrel	: Professeur C. GIROD
Sud-Ouest	: Professeur F. TOLOT
LYon-Nord	: Professeur A. BERTOYE

Biologie humaine : Professeur J.C. CZYBA

Techniques de Réadaptation : Docteur A. MORGON (Maître de Conférences agrégé)

Sciences pharmaceutiques : Docteur M. CARRAZ (Maître de Conférences agrégé)

Sciences odontologiques : Docteur R. VINCENT

Institut Régional d'Education physique et sportive :
Président d'U.E.R. : Professeur R. GUILLET
Directeur : A. MILLON

Mathématiques : Professeur G. MAURY

Physique : Professeur M. DUFAY

Chimie et Biochimie : Professeur D. GAUTHERON

Sciences de la Nature : Professeur L. DAVID

Biodynamique et Psychopédagogie : Docteur R. FONTANGES (Maître de Conférences agrégé)

Institut Universitaire de Technologie n° 1 : Professeur B. POUYET

Institut Universitaire de Technologie n° 2 : J. GALLET (Directeur ENSAM)

Observatoire : Professeur J.H. BIGAY

Physique Nucléaire : Professeur A. SARRAZIN

Mécanique : Professeur J. MATHIEU

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD

U.E.R. LYON SUD-OUEST

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'UNITE

Professeurs titulaires, professeurs à titre personnel

M. BRUN Jacques	Clinique pneumo-phtisiologique
M. GIRARD Paul	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
M. GUILLEMIN Georges	Clinique chirurgicale
M. LATARJET Michel	Clinique chirurgicale
M. NOTTER Armand	Gynécologie obstétrique
M. PLAUCHU Marcel	Endocrinologie et médecine interne
M. ROBERT Jacques	Chaire de génétique médicale
M. TOLOT François	Médecine interne - Médecine du Travail
M. VACHON Alphonse	Clinique médicale - Maladies app. digestif
M. VINCENT Daniel	Chaire de biochimie appliquée

Professeurs sans chaire

M. COLOMB Daniel	Dermatologie
M. MORET Robert	Biophysique
M. NORMAND Jean	Cardiologie
M. PINET Edouard	Radiologie
M. VIALLIER-BAYNARD Jean	Bactériologie-virologie

Maître de Conférences agrégé

M. ARCHIMBAUD Jean Pierre	Urologie
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
M. BOUVIER Maurice	Rhumatologie
M. BRAILLON Georges	Anatomie

MM.	BERTRAND Jean-Louis	Maladies infectieuses
	CABANAC Michel	Physiologie
	CROISILLE Marc	Radiologie
	DUBOIS Paul	Histologie
	GILLY Robert	Pédiatrie
	HAGUENAUER Jean-Paul	O.R.L.
	JEANNEROD Marc	Médecine expérimentale
	JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
	LAIR Jacques	Stomatologie
	LAPRAS Claude	Neuro-chirurgie
	LEVRAT Roger	Médecine interne
	LOMBARD-PLATET Roger	Sémiologie chirurgicale
	LOUISOT Pierre	Biochimie
	MICHEL Albert	Anesthésiologie
	MOLLARD Pierre	Chirurgie infantile
	PALIARD Pierre	Sémiologie médicale
	PERRIN-FAYOLLE Max	Pneumo-phtisiologie
	REBOUILLAT Jacques	Chirurgie générale
	REVILLARD Jean-Pierre	Néphrologie
	RIFFAT Georges	Hygiène
	ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
	ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
	SITE Jean	Mathématiques - Statistiques - Informatique
	TERMET Hubert	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	TETE Roger	Médecine interne

======

Examinateurs de la thèse :

Président : Monsieur le Professeur G. GUILLEMIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. LATARJET
Monsieur le Professeur R. LAMBERT
Monsieur le Docteur E.C. SAUBIER,Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Docteur P. BERARD, Maître de Conférences Agrégé

A MA MERE,

en témoignage de Reconnaissance et d'amour

A MON PERE,

pour qui honnetetē et sens du devoir ne sont pas seulement des mots.

A MA FEMME,

Merveilleuse de compréhension et de patience

A MES ENFANTS,

PIERRE LAURENT
JEAN PHILIPPE
CHRISTINE

Tout leur est par avance dédié

A MON FRERE, A MA SOEUR,

A MA FAMILLE, A MES FILLEULS

A TOUS NOS AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Georges GUILLEMIN

En première année de médecine, nous avions été séduit par la clarté de son enseignement.

Dans son Service, nous avons admiré l'incomparable atmosphère qu'il fait régner autour de lui.

Nous avons eu beaucoup de plaisir à découvrir un chef d'école bienveillant, un Maître attachant par l'attention qu'il porte à chacun, fut-ce le plus inexpérimenté.

Il nous a beaucoup marqué par sa haute valeur morale, la rigueur de son honnêteté.

Une expérience chirurgicale immense et une calme sûreté lui permettent de débrouiller toujours simplement les situations les plus complexes.

Nous lui sommes reconnaissant de son enseignement et de ses encouragements.

Qu'il soit assuré de notre fidèle dévouement et de notre profond respect.

A NOS MAITRES ET JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR Michel LATARJET

Il nous a initié à l'ANATOMIE pendant deux années, durant lesquelles nous avons pu apprendre le sens de la précision.

Nous avons été charmé par son accueil, et sommes très fier de la confiance qu'il a bien voulu nous accorder.

Nous avons l'honneur de le compter aujourd'hui parmi nos Juges.

Nous espérons pouvoir bénéficier de ses conseils et de son enseignement, et lui prouver notre reconnaissance.

Nous le prions de croire à Notre gratitude, et à Notre respectueux dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR René LAMBERT

Au cours d'un semestre d'externat Nous avons été séduit par l'étendue de sa culture, et son souci d'efficacité.

L'intérêt qu'il porte au sujet de Notre Thèse, et sa forte personnalité, si accueillante, Nous ont tout naturellement conduit à lui demander d'être parmi Nos Juges.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter - Nous le remercions et l'assurons de Notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE Eugène-Claude SAUBIER

La crainte nous habitait lorsque nous avons choisi son Service : Nous N'avons cessé de regretter ces appréhensions.

La Réserve Naturelle masque chez ce "patron" une chaleur, des qualités humaines, et une ouverture d'esprit que Nous avons pu apprécier à maintes reprises.

Tout autant, Nous avons admiré ses qualités chirurgicales qui lui permettent d'aborder avec une aisance souvent déconcertante, tous les domaines de la chirurgie abdominale ou thoracique.

Il nous a accordé sa confiance. Nous espérons que ce travail qui lui tenait à coeur en sera digne.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre attachement et de Notre très respectueuse affection.

MONSIEUR LE MAITRE DE CONFERENCES AGREGE Philippe BERARD

A la fin d'un semestre inoubliable, nous avons quitté un Maître et un Ami.

Sa puissance de travail, la qualité de son enseignement, un sens clinique et une dextérité peu communs en font un Chirurgien exceptionnel.

Son dynamisme, sa jeunesse ont souvent forcé notre admiration.

Nous avons beaucoup bénéficié de ses conseils et de son expérience. Nous espérons rester toujours digne de son enseignement.

Nous savons qu'il sera un juge impartial, et Nous l'en remercions.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

Monsieur le Professeur	P. GOINARD
Monsieur le Professeur	H. LIARAS
Monsieur le Professeur	M. LEVRAT
Monsieur le Professeur Agrégé	R. LAMBERT
Monsieur le Professeur	M. PLAUCHU
Monsieur le Professeur	L. ROCHE
Monsieur le Professeur Agrégé	M. DEVIC
Monsieur le Professeur Agrégé	G. AIMARD

INTERNAT PROVISOIRE

Monsieur le Docteur	C. OLLAGNIER
Monsieur le Professeur	H. LIARAS

INTERNAT

Monsieur le Professeur	H. LIARAS
Monsieur le Professeur Agrégé	J.H. NEIDHART
Monsieur le Professeur	C. GODINOT
Monsieur le Professeur Agrégé	M. DAUDET
Monsieur le Docteur	J. MELEY
Monsieur le Docteur	A. GILLOZ
Monsieur le Professeur Agrégé	E.C. SAUBIER
Monsieur le Professeur	P. GUINARD
Monsieur le Professeur Agrégé	J. SAUTOT
Monsieur le Professeur	A. BOUCHET
Monsieur le Professeur	G. GUILLEMIN
Monsieur le Professeur Agrégé	Ph. BERARD
Monsieur le Professeur	Y. ROCHET

- A NOS CONFERENCIERS D'INTERNAT

Messieurs les Docteurs - P. CALCAT
E. PERROT
M. PIANTE

nous leur devons beaucoup.

- A NOS ELEVES DE CONFERENCES D'INTERNAT

- AUX ASSISTANTS - CHEFS DE CLINIQUE
qui nous ont particulièrement aidé pendant notre internat

Messieurs les Docteurs J.P. CHAPPUIS
J. LANSAC
C. MATHON
R. MOULIN
P. PREYNAT

- à Messieurs les Docteurs

Ph. BERNARD
J.P. GERARD
B. MOULINIER

La gentillesse de leur accueil ne s'est jamais démentie : qu'ils soient remerciés de leur contribution à ce travail

- à Monsieur le Docteur C. PARTENSKY

en gage d'une fidèle amitié.

- à Messieurs les Docteurs

F. GERRY, J.C. MICHEL, R. ROCHE

qui nous ont souvent confié des malades.

- A NOS AMIS DE L'INTERNAT, et tout particulièrement à

A. BREMOND
Ph. BUDKA
R. GODDON
A. GELET
B. CHARROUX

"... Quant à moi, ma conscience me dit, qu'en face d'un cancer nous n'avons pas le droit d'abandonner la lutte, tant qu'il nous reste quelque espoir ..."

J.L. FAURE 28 - I - 1903

Les deux premiers cas de résection de l'oesophage thoracique pour cancer.

Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de PARIS 1903

CHAPITRE I

INTRODUCTION - MATERIEL D'ETUDE

Peu d'affections gardent à l'heure actuelle une réputation aussi sombre que celle du cancer oesophagien.

La gravité de ce cancer évolutif ne justifie pourtant pas le découragement.

Reconnaître et surtout retenir des signes d'alarme discrets, faire la preuve précoce du cancer, pratiquer un dépistage systématique, devraient permettre à la chirurgie radicale du cancer de l'oesophage d'étendre son champ d'action.

Il résume à lui seul toutes les difficultés techniques et tactiques de la chirurgie oesophagienne ; mais celle-ci a perdu des dernières années son caractère de chirurgie redoutable et redoutée.

A la rareté d'hier a fait place une chirurgie quotidienne, qui s'est dégrevée d'un grand nombre de complications post-opératoires, entre les mains d'équipes entraînées ; malgré des exérèses de plus en plus larges, elle a pu,grâce aux améliorations techniques, se dégager de la mortalité prohibitive accusée par les statistiques des précédentes décennies.

La chirurgie d'exérèse, radicale ou palliative, associée ou non à la radiothérapie ne peut paraître illégitime ou injustifiée à ceux qui connaissent la lente agonie qu'est l'évolution spontanée de sujets cachectiques, affamés, dyspnéïques, aphones.

Elle reste la seule thérapeutique donnant quelque espoir de survie prolongée, voire de guérison. Progressivement, les chiffres s'améliorent. Ce qui n'était que l'exception il y a 20 ans, devient pourcentage chiffrable et si le taux global des survivants à 5 ans reste faible, le taux des survies post-opératoire n'est pas négligeable.

Elle apporte dans les cas voués à l'échec secondaire, un confort physiologique et psychologique que l'on ne peut refuser.

Mais, la situation profonde de l'organe dans le médiastin postérieur, ses rapports étroits avec les viscères médiastinaux, la diversité des voies de drainage lymphatique susceptibles d'être envahies, la présence de métastases, s'accomodent mal à la chirurgie d'exérèse. Et malgré l'élimination de principe d'un bon nombre de tumeurs trop étendues ou compliquées, ou de sujets à l'état général précaire, le chirurgien doit encore, à thorax ouvert, renoncer trop souvent à l'exérèse.

Notre intention est d'analyser l'expérience clinique et chirurgicale de notre Maître, le Professeur Agrégé E.C. SAUBIER.

Traditionnellement, les travaux sur ce sujet comprennent les cancers de l'oesophage, et les adéno-carcinomes à point de départ cardial, dont le traitement répond aux mêmes servitudes anatomiques et à des exigences techniques similaires. Cette étude porte sur les données étiologiques, les moyens du diagnostic et l'évaluation de l'opérabilité et sur les résultats opératoires précoces et tardifs.

Elle vise à dégager un protocole thérapeutique groupant les moyens radicaux ou palliatifs, dans l'espoir d'en améliorer les résultats.

Nous n'avons pas tenté une analyse exhaustive, au demeurant irréalisable de la littérature, nous avons limité notre étude aux travaux les plus démonstratifs.

Nous avons retenu la totalité des dossiers appartenant à des patients porteurs de tumeurs malignes de l'oesophage, ou du cardia, traitées par notre Maître, le Professeur Agrégé E.C. SAUBIER et son équipe, au cours des années 1960 à 1973 (jusqu'au 1.9.73).

Chacun des 330 dossiers a été dépouillé et transcrit sur une fiche perforée individuelle comportant 184 rubriques différentes.

Nous nous sommes attachés à analyser de façon aussi complète que possible la survie de ces patients ; les renseignements fournis proviennent de trois sources :

- recherche d'une mention de décès sur l'acte d'état civil de la mairie de naissance du malade,
- lettre au Médecin Traitant de celui-ci
- enfin, convocation de l'intéressé à une consultation, ou, questionnaire adressé à son domicile.

Les informations ont été rassemblées et transcrites sur les fiches à la date du 1/12/1973.

Bien que modeste, vis à vis de certains travaux, cette étude statistique nous paraît présenter plusieurs points d'intérêt :

- l'homogénéité du traitement chirurgical qui a obéit aux mêmes règles tactiques et techniques,

- la possibilité de suivre l'évolution de la quasi-totalité de nos malades (si 12 ont été perdus de vue, nous connaissons l'évolution de tous les sujets ayant subi une exérèse),

- le recul supérieur à deux ans dans la majorité des cas.

CHAPITRE II

DONNEES GENERALES

A/ - *DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES*

1) FREQUENCE ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Lorsqu'on étudie la fréquence globale du cancer de l'oesophage, il faut garder à l'esprit sa distribution géographique, particulièrement hétérogène. Les écarts enregistrés d'un pays, voire d'une région à une autre, sont parfois considérables. Les variations très spécifiques du cancer oesophagien sont le fruit de la source d'importantes enquêtes épidémiologiques (SEGI) (192), qui ont conduit à la connaissance de facteurs étiologiques propres et permettront peut-être la découverte de facteurs "d'environnement".

S'il revêt une particulière fréquence en Chine, au Nord de la Mer Caspienne, en Afrique du Sud, en Inde et au Japon, les fluctuations au sein même de ces pays sont sensibles. Aux Etats-Unis, le facteur ethnique semble capital puisque la population noire paraît trois fois plus touchée (SHOENBERG) (191).

Il représente dans les pays européens deux à trois pour cent de la totalité des cancers.

En France, la fréquence globale est particulièrement élevée (4ème cause de décès par tumeurs en 1964 : SEGI (192).

L'étude de la mortalité est pour une telle affection, malheureusement bien voisine de la morbidité.

Au cours des années 67-68, AUDIGIER note plus de 5.000 décès annuels pour les seuls cancers de l'oesophage, ce qui représente près de 5 % de la mortalité par cancer (12.000 décès annuels par cancer gastrique) (12).

L'étude des taux standardisés de mortalité du cancer de l'oesophage fait apparaître des variations régionales considérables dont la corrélation avec la mortalité par alcoolisme est significative, (La Bretagne, la Normandie et le Nord paraissent les plus touchés, et le risque peut comparativement y être 4 fois supérieur). La région Rhône-Alpes se situe dans une zone de risque moyen (AUDIGIER) (13).

L'augmentation de fréquence du cancer oesophagien paraît certaine : 9 % entre les années 1961-63 et 1967-68. On peut se demander si cette augmentation de fréquence du cancer oesophagien n'est pas plus apparente que réelle du fait des grands progrès réalisés dans le diagnostic de cette affection. Cependant, cette augmentation qui ne paraît affecter que le sexe masculin frappe surtout les générations les plus jeunes (entre 35 et 45 ans).

2) LE SEXE

La prédominance masculine reste la règle, mais les variations du sex ratio selon les pays sont très importantes :

1,2 pour la FINLANDE (LANGMAN) (107)
à 12,88 pour la FRANCE

Parmi nos 330 observations, nous avons relevé

293 hommes, soit 89 %
et 37 femmes

une proportion identique est relevée par LORTAT-JACOB.

Pour M. GIRARD (63), il frapperait la femme à un âge plus avancé.

Le pourcentage élevé du cancer chez la femme noté dans les pays nordiques est en partie lié à l'étiologie sidéropenique souvent retrouvée.

3) L'AGE

De nombreux auteurs situent le pic de fréquence entre 55 et 65 ans (NAKAYAMA (151) - ZENKER (219)). La majorité de nos malades se situe entre 60 et 69 ans, et plus de la moitié de nos patients ont dépassé la soixantaine.

Au-delà de 80 ans, le cancer oesophagien est plus rare. Il n'est malheureusement pas exceptionnel chez le sujet jeune : 7 cas avant 40 ans, le plus jeune avait 26 ans.

L'incidence de l'âge est capitale, pourtant, 40 % des sujets de plus de 70 ans ont pu subir l'exérèse de leur tumeur (25 sur 64).

B/ - DONNEES ETIO-PATHOGENIQUES

La Recherche de causes favorisantes, sinon déterminantes, préoccupe tous les cancérologues, dans l'espoir d'une action prophylactique.

Les facteurs invoqués sont nombreux et d'ordre divers. Pour plus de facilité, on peut les classer en facteurs extrinsèques et en états pré-cancéreux.

I) LES FACTEURS EXTRINSEQUES

Toutes les irritations locales, quelle que soit leur nature, sont la source d'altérationsplus ou moins caractéristiques de la muqueuse oesophagienne (PALMER) (158).

a) Le TABAC, dont on sait le rôle déclenchant dans la pathogénie de la leucoplasie buccale est souvent retrouvé (WAPNICK) (212). La moitié de nos sujets étaient de gros fumeurs.

b) L'ALCOOLISME : la proportion d'éthyliques majeurs est nettement plus importante chez les sujets atteints de cancers oesophagiens que chez les autres (les 2/3 de nos malades).

La corrélation entre la mortalité par cancer oesophagien et alcoolisme ne se dément dans aucun des départements français (TUYNS) (209).

Le rôle irritatif des liquides chauds (thé), des infections bucco-dentaires chroniques est souvent retenu.

De nombreux rapports (CIRC) (36) soulèvent actuellement le problème de substances cancérigènes puissantes (Nitrosamines, dont le tropisme oesophagien est prouvé expérimentalement).

Elles sont retrouvées dans certaines boissons alcoolisées fabriquées artisanallement dans des régions où la fréquence du cancer oesophagien est particulièremant élevée (KACHASU en Afrique, CALVADOS en France) (MAC GLASHAN) (121)

Le thé lui-même contiendrait des composés "Phénols" cancérigènes.

c) La possibilité de cancers oesophagiens induits par une radiothérapie antérieure a été prouvée expérimentalement (GATES) (60).

Cancers de l'hypopharynx exceptés, CHUDECKI retrouve 5 observations dans la littérature.

Une de nos observations correspond aux données classiques (prédominance féminine - latence 10 ans - irradiation régionale massive).

2) LES ETATS PRE-CANCEREUX

Certaines affections oesophagiennes sont grevées d'un potentiel redoutable de transformation maligne et constituent d'authentiques ETATS PRE-CANCEREUX, au sens défini par MOUNIER-KUHN (145) "Zones pathologiques sur lesquelles se développent des tumeurs malignes plus volontiers que dans d'autres endroits..."

a) Les sténoses cicatricielles

3 cas dans notre série.

La survenue d'un cancer sur une sténose cicatricielle est maintenant classique et de nombreuses publications isolées en font état (CHASSAGNON) (30).

L'incidence de la dégénérescence varie selon les auteurs :

- pour JOSKE : 3 cas sur 58 sténoses caustiques (97)
- IMRE observe 10 cancers sur l'évolution tardive de 61 cas de brûlures oesophagiennes (91).

La greffe cancéreuse doit être mésestimée en raison de la longueur du délai d'apparition.

L'intervalle entre l'ingestion du caustique (alcalin plus qu'acide) et la survenue du cancer est toujours long, supérieur à 20 ans,

- 19 à 50 ans pour IMRE (91)
- moyenne de 37 ans pour LORTAT-JACOB (11 cas) (116)
- entre 29 et 47 ans pour GAILLARD (57)

Pour ce dernier, le risque serait 100 fois supérieur après 24 ans d'évolution.

Pour nos cas, le délai a été respectivement de 36, 38 et 55 ans, mais le délai écoulé depuis l'installation de la sténose caustique est beaucoup plus bref (29 ans en moyenne).

Il s'agit d'une dégénérescence de la brûlure oesophagienne, favorisée par l'oesophagite de stase et un facteur irritatif entretenu par la poursuite des dilatations.

Enfin, certains retiennent un facteur nutritionnel de carence.

La dégénérescence se produit presque toujours au niveau de la jonction oesophage inflammatoire-sténose, c'est à dire dans les 2/3 supérieurs de l'oesophage thoracique et il s'agit de cancers malpighiens (GAILLARD) (57), (GOWING) (76).

La cancérisation tardive, presque inéxorable, les difficultés d'un diagnostic souvent retardé, font poser le problème de l'exérèse oesophagienne étendue, prophylactique, précédée ou non d'une oesophagoplastie, qui, isolée, n'empêche pas la cancérisation de l'oesophage restant (IMRE) (91).

b) Le mégaoesophage

Au cours de l'évolution d'un mégaoesophage, le risque de cancérisation n'est pas négligeable.

Pour DEBRAY (42), la dégénérescence varie dans la littérature entre 2 et 6 % .

Mais LORTAT-JACOB (118) en rapporte 24 observations personnelles soit 8 % de ses opérés.

LAGACHE retrouve 4 cancers sur 54 observations (105).

Les 6 observations que nous présentons illustrent les problèmes soulevés par les différents auteurs (SAUBIER) (188).

- ces tumeurs semblent se développer à un âge moins avancé que la moyenne générale (SMITHERS) : 49 ans pour nos observations.

- elles surviennent en général après la vingtième année d'évolution du mégaoesophage (DEBRAY) (42) : 24ans en moyenne pour nos 6 cas.

- il ne semble pas y avoir de localisation préférentielle (APPELQUIST) (10) et, l'exploration radiologique et endoscopique de l'oesophage doit être complète (3 localisations moyennes, 3 inférieures).

- il s'agit toujours d'épithéliomas malpighiens.

- la cancérisation d'un mégaoesophage n'est pas exceptionnelle, après opération de Heller (BARRET) (16); nous en avons observé 3 cas.

Pour LAGACHE (105), une revue de 21 cas (17 cas retrouvés dans la littérature) montre qu'il s'agit habituellement de malades trop tardivement opérés, ou d'échecs chirurgicaux.

- le rôle de l'oesophagite chronique est retenu par tous les auteurs (MAILLET) (128).

L'inflammation chronique de la muqueuse oesophagienne avec ou sans ulcération est liée à la stase et à la fermentation alimentaire dans le conduit oesophagien dilaté.

la survenue tardive des signes qui n'inquiètent pas des malades habitués aux caprices de leur dysphagie, explique la redoutable gravité de ce cancer (DEBRAY), trop souvent vu à un stade avancé : sur 6 cas, 4 malades ont dû être récusés.

c) Les anomalies du cardia

L'association d'un cancer et d'une anomalie du cardia (hernie hiatale, malposition, insuffisance du cardia avec reflux) est souvent signalée.

- Certains pensent au caractère fortuit d'une telle association (MICHEL) (135).

- La plupart admettent que la survenue d'un cancer cardio-oesophagien est favorisée par l'anomalie cardiale et ses conséquences peptiques (oesophagite ou sténose) (BOYD) (24)

. 3 % d'anomalies pour 319 cancers oesophagiens chez RIBET (177)

. 4 % de hernies hiatales pour 191 cas chez YOUNGHUSBAND (217)

. ADLER (4), MICHEL (135) retrouvent 9 % de hernies associées à la totalité des cancers cardio-oesophagiens.

La fréquence d'une telle association est suspecte, mais non suffisante pour affirmer cette hypothèse. Cependant celle-ci est très probable pour certains cas de cancers développés sur une sténose peptique avec oesophage court. Dans ces cas, l'oesophage sous-strictural est toujours tapissé par une muqueuse cylindrique gastrique, témoignant de la réépithélialisation en muqueuse cylindrique de la muqueuse épidermoïde détruite par le reflux et susceptible de dégénérer en adéno-carcinome.

Mais, d'une façon générale, le risque de cancérisation se situe à la jonction des deux muqueuses. L'endobrachyoesophage représente pour HAWE (86) un véritable état précancéreux qui impose la surveillance et le dépistage de la dégénérescence par biopsies d'amont et d'aval.

- Parmi 85 cas d'endobrachyoesophage, il signale 2 cancers.
- sur 33 cas, STEMMER (201) retrouve 8 cancers.

La dégénérescence d'un ulcère oesophagien est exceptionnelle (HUREAU) (90).

. dans 21 observations personnelles, le cancer est associé

+ 13 fois à une hernie hiatale
+ 3 fois à un endobrachyoesophage acquis
+ 4 fois à une oesophagite
+ 1 fois à un endobrachyoesophage congénital.

. La tumeur siégeait

+ 15 fois dans l'oesophage
+ 6 fois sur le cardia

. Nous avons retrouvé :

+ 11 adénocarcinomes
+ 10 cancers épidermoïdes.

. Parmi les 5 cas où un carcinome glandulaire siégeait sur l'oesophage, l'examen histo-pathologique de la pièce a permis d'affirmer :

+ un endobrachyoesophage congénital (1/3 moyen)

+ une plage d'hétérotopie de muqueuse gastrique située dans la paroi du 1/3 inférieur de l'oesophage.

+ 2 oesophagites associées au cancer.

C'est le pouvoir irritatif du reflux gastro-oesophagien qui expliquerait pour MAC DONALD (120) et SHEARMAN (195), qu'un sujet ayant subi une gastrectomie partielle ou une GEA soit nettement plus menacé qu'un autre, d'être victime d'un cancer cardio-oesophagien.

d) Les diverticules :

La cancérisation des diverticules de l'oesophage est une modalité évolutive classique, mais discutée dans sa fréquence selon le siège.

- exceptionnelle au niveau pharyngo-oesophagien (0 cas sur 60); SANTY (186) la considère comme d'autant plus fréquente que le diverticule est plus bas situé sur l'oesophage (3 cas sur 22 diverticules épiphréniques).

- mais WYCHULIS note 10 % de dégénérescence sur les diverticules pharyngo-oesophagiens.

Le cancer siège généralement au collet (PIAGET) (166), plus rarement au fond de la poche diverticulaire (ALLEN) (9).

La fréquence des cancers sur diverticule est en fait rare (PLOUS) (168).

Nous avons noté un seul cas de néoplasme du 1/3 moyen développé à proximité du collet du diverticule.

e) La dysplasie oesophagienne au cours des sidéropénies ou syndrome de Plummer-Vinson ou Kelly-Paterson.

Extrêmement fréquente dans les pays scandinaves (APPELQUIST) (10) cette affection frappe presque exclusivement les femmes, JACOBSSON (93) estime qu'approximativement 10 % des dysplasies sidéropéniques de longue évolution se compliquent de cancers de l'hypopharynx ou de l'oesophage. Ceci explique la fréquence du cancer féminin dans les pays nordiques (EFSKIND (51), KYLLONEN (102)).

f) La sclérodermie

Les lésions inflammatoires observées dans l'oesophage au cours de la sclérodermie sont fréquentes. L'association avec un cancer a été signalé (KILTON) (99).

g) Les tumeurs bénignes oesophagiennes sont rares.
Leur dégénérescence est exceptionnelle, voire discutée. Il s'agit dans les rares cas où l'association est notée d'une coexistence.

h) Facteurs familiaux et hérédité

Existe-t'il un support connu à une hérédité cancéreuse, c'est à dire des raisons locales ou générales instaurant au niveau de l'oesophage une prédisposition manifeste ?

A défaut de preuves avérées, il semble que l'on ait à ce sujet des présomptions.

MILLER (136) cite le cas de deux familles où la présence d'une malformation à type d'hyperkératose palmaire et plantaire (TYLOSIS) entraîne après 65 ans le risque de voir apparaître un cancer oesophagien dans 95 % des cas (18 sujets sur 40).

SHINE cite une série d'observations analogues (196).

LECCO retrouve des altérations numériques dans l'analyse du caryotype lymphocytaire de sujets porteurs de cancers oesophagiens (109).

Sans en tirer de conclusions, signalons l'observation d'un de nos malades de 42 ans, porteur d'un néoplasme du 1/3 moyen, et dont le père, le frère et deux oncles paternels étaient déjà décédés d'un cancer malpighien de siège ORL.

3) LES LEUCOPLASIES OESOPHAGIENNES méritent une place spéciale.

Elles sont souvent retrouvées sur la muqueuse : il s'agit d'élevures blanchâtres, de taille variable, en plaque ou en tête d'épingle, faisant saillie sur la muqueuse, consistant histologiquement en une hyperplasie de la couche muqueuse, avec prolifération papillaire intra-épithéliale et une kératinisation de surface.

Elles peuvent être secondaires à toutes les irritations locales de l'oesophage, quelle que soit leur nature, traumatique, inflammatoire.

Elles sont observées avec une particulière fréquence chez les cirrhotiques (47 % dans les observations d'ETIENNE (54)).

Il semble que l'on puisse considérer qu'il s'agisse d'un état précancéreux, ou tout au moins un état prédisposant au cancer, comme on l'admet pour les leucoplasies développées sur les autres muqueuses malpighiennes.

Ce qui est difficile à fixer, c'est la fréquence de cette dégénérescence.

En conclusion, le rôle dans la carcinogénèse oesophagienne d'un certain nombre de facteurs doit être considéré comme probable, sinon certain.

Mais ceci ne constitue pas la règle : dans la plupart des cas, aucune étiologie particulière ne peut-être retenue, éthylisme excepté.

Sur 700 cas, APPELQUIST note une cause précise dans 10 % des cas seulement (10). Nos constatations sont analogues.

C/ - DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

L'étude succinte des caractéristiques anatomo-pathologiques de nos observations nous semble indispensable en raison des implications thérapeutiques.

Trois éléments paraissent essentiels :

- le siège de la tumeur
- sa nature
- son extension.

1) LE SIEGE

Plus que tout autre, le siège du cancer paraît être le caractère qui résume le mieux les tendances évolutives. Nous nous sommes conformés à la répartition topographique classique distinguant :

- Les cancers du 1/3 supérieur : siégeant au-dessus du bord supérieur de la crosse aortique.

- Les cancers du 1/3 moyen, allant de ce niveau à la veine pulmonaire inférieure.

- Les cancers du 1/3 inférieur, siégeant entre la veine pulmonaire inférieure et la jonction oesogastrique.

- Les cancers du cardia, dont le siège strictement cardial a été anatomiquement noté à l'intervention.
(Nous avons éliminé toutes les tumeurs du pôle supérieur de l'estomac propagées au cardia) :

1/3 supérieur : 30 cas
1/3 moyen : 154 cas
1/3 inférieur : 83 cas
CARDIA : 63 cas

La répartition de nos observations correspond, ou presque, aux données classiques. La revue de la littérature la mieux documentée fait état de chiffres voisins (POSTLETHWAIT : 7.947 cas analysés) (169).

SIEGE	POSTLETHWAIT (169)	SERIE PERSONNELLE
SUPERIEUR	16,9 %	9,1 %
MOYEN	46,6 %	46,7 %
INFERIEUR	36,5 %	44,2 %

2) LA NATURE DE LA TUMEUR

a) L'aspect macroscopique : quel que soit le niveau où se développe la tumeur, celle-ci peut revêtir classiquement 3 aspects, du reste souvent associés.

Sur 264 tumeurs analysées, nous retrouvons cette diversité :

Tumeur bourgeonnante : 75 fois
Tumeur ulcériforme : 71 fois
Tumeur infiltrante : 60 fois
Forme mixte : 58 fois

b) L'aspect histologique a pu être apprécié dans 280 observations et pour la totalité de nos exérèses.

Pour les 50 cas restants, la confirmation histologique fait faute, soit parce que l'oesophagoscopie n'a pu être pratiquée, soit parce que la biopsie fut jugée dangereuse, ou fut faussement négative.

. Sur 227 CANCERS OESOPHAGIENS nous retrouvons :

+ 212 cancers épidermoïdes
+ 11 adénocarcinomes
+ 2 adénoacanthomes
+ 1 cancer muco-épidermoïde
+ 1 léiomyosarcome

. Parmi les 53 cancers du cardia, nous retrouvons :

+ 51 adénocarcinomes
+ 1 adénoacanthome
+ 1 sarcome.

Ces chiffres appellent quelques commentaires :

- Le carcinome épidermoïde constitue la très grande majorité de nos cancers oesophagiens (93 %) ; ceci est conforme aux autres statistiques. Selon le degré de différenciation, on retrouve avec une légère prédominance pour les premières :

+ des formes bien différenciées, kératinisées (55 %)

+ des formes indifférenciées, anaplasiques.

- Les autres carcinomes oesophagiens primitifs.

Leur réalité est admise par tous les auteurs ; seul est discuté le problème de leur fréquence qui varie de 15 % pour ADAMS (2), CHAVY (31), à 0,76 % pour RAPHAEL (173). La proportion de 6,1 % (14 cas) enregistrée parmi nos observations rejoint l'analyse de GUNNLAUGSSON (5,5 %) (84).

Parmi ces carcinomes, il faut distinguer (AZZOPARDI) (14) :

. Les adénocarcinomes de structure gastrique : 11 cas.
Ils sont à distinguer des cancers du cardia propagés à l'oesophage inférieur. Ils se développent à partir des formations glandulaires oesophagiennes, ou sur des îlots aberrants ou métaplasiques de muqueuse gastrique, voire sur un endobrachyoesophage.

. Les adénocarcinomes de structure atypique (3 cas) sont des adénocanthomes (structure mixte), ou des tumeurs muco-épidermoïdes d'allure salivaire.

. les cylindromes (aucun cas).

- Les sarcomes sont exceptionnels (40 cas répertoriés par MONGES en 1966 (139) - 2 cas dans notre série, (1/3 moyen et cardia). Classiquement, ils siègent à tous les niveaux et sont polypoïdes (. 1 cas) ou infiltrants (1 cas).
Ils sont à différencier des pseudosarcomes ou carcinomes polypoïdes à cellules fusiformes, dont le pronostic serait beaucoup plus favorable (BERGER) (20).

- Les noevo-carcinomes dont nous n'avons aucune observation sont également rares (COSTE) (38) et leur haute malignité est liée à leur diffusion viscérale fréquente (CHAPUT) (29).

c) Les cancers oesophagiens multiples et les cancers oesophagogastriques simultanés.
Ils sont à systématiquement rechercher en raison de leur incidence thérapeutique ; ils posent le problème de la restauration de la continuité (127).

Ils ne sont pas rares, nous en avons observé 12 cas et ils se présentent sous deux aspects (EDELMANN) (50).

- Les tumeurs doubles de type histologique différent : 2 cas
Les cancers épidermoïdes de l'oesophage, associés à un adénocarcinome gastrique sont exceptionnels (11 cas sur 15.000 cancers gastriques analysés par GOLBY (70), il ne peut s'agir que d'une coïncidence.

- Les tumeurs doubles de même type histologique posent des problèmes pathogéniques intéressants : 10 cas.

. la double localisation oesophagienne est la plus fréquente (7 cas) et, probablement liée à la résurgence d'embols lymphatiques sous-muqueux.

. L'association de deux cancers malpighiens oesophagien et gastrique est plus rare.
EDELMANN n'en retrouve que 5 cas (dont un personnel) (50) - nous en avons observé deux cas.

Des mécanismes différents peuvent être invoqués :

+ embols lymphatiques à distance
+ transport par voie canalaire et greffe
+ métastases par voie sanguine.

. Les tumeurs doubles oesophagienne et gastrique de type glandulaire sont exceptionnelles (MING) (137). Nous en avons noté un cas.

3) L'EXTENSION

En matière oesophagienne les difficultés d'appréciation de l'extension réelle du processus néoplasique, les modalités évolutives différentes selon le siège, rendent difficile tout effort de classification en stades cliniques.

L'examen histologique de la pièce opératoire analysant séparativement la tumeur et la paroi oesophagienne, les tranches de section supérieure et inférieure, les ganglions soigneusement repérés, apporte dans les cancers extirpables des renseignements irremplaçables.

a) L'extension en hauteur

Elle peut très grossièrement être appréciée par la mesure sur la pièce opératoire de la taille de la lésion.

Seul l'examen anatomo-pathologique peut apprécier l'importance de cette extension.

En effet, l'envahissement sous-muqueux constitue un "halo microscopique péri-tumoral".

Pour MILLER (136), les limites macroscopiques sont dépassées de 2 cm près d'une fois sur sept. WATSON (214), note souvent cette extension au-delà de 8 cm et la marge de sécurité classique de 5 cm paraît insuffisante à la plupart des auteurs.

C'est ainsi que l'étude des tranches de section supérieure et inférieure revêt un intérêt considérable.

Tranches de sections examinées : 90 fois

+ section saine : 74 fois

+ section envahie : 16 fois, soit 17,7 %

SIEGE DE LA TUMEUR	NOMBRE DE CAS EXAMINES	SECTION SAINE	SECTION ENVAHIE
SUPERIEUR	11	9	2
MOYEN	51	43	8
INFERIEUR	19	15	4
CARDIA	9	7	2

b) L'extension en largeur

Quel que soit le niveau considéré, le cancer, initialement muqueux, franchit les différentes tuniques oesophagiennes. La musculature étant dépassée, l'atteinte du tissu cellulaire médiastinal ne se heurte à aucune barrière. Il en résulte une réaction inflammatoire péritonéale, avec rapidement médiastinite cancéreuse qui, progressivement, refoule, comprime, puis envahit les organes voisins.

- L'étude de l'extension en épaisseur a été précisée dans 157 cas

  - tumeurs ne dépassant pas la sous-muqueuse ou cancers au début (stade I) : 4 cas.

  - Tumeurs ne dépassant pas la barrière musculaire (stade II) : 35 cas.

  - Tumeurs infiltrant la totalité de la paroi oesophagienne et dépassant l'adventice (stade III) : 118 cas, soit 75,1 %.

Le cancer au début (stade I) correspond à une infiltration limitée à la muqueuse et à la sous-muqueuse, indépendamment de l'extension en surface. La revue la plus récente de la littérature (MARCHAT) (130) en dénombre 107 cas dont 38 cas de cancer muqueux pur, avec intégrité totale de la sous-muqueuse.

Une de nos observations répond à cette définition qui réalise un véritable cancer in situ, non invasif et dont l'affirmation repose sur l'examen anatomo-pathologique de coupes sériées intéressant la totalité de la pièce d'exérèse.

PS... Victor, 46 ans, éthylique, consulte pour asthénie et quelques épisodes de dysphagie médiothoracique (notés depuis moins de 3 mois).

Fibrœsophagoscopie : à 27 cm des arcades dentaires, zone dépolie et granuleuse de la muqueuse oesophagienne. Biopsies dirigées.

2 prélèvements affirment le carcinome épidermoïde respectant le chorion sous-muqueux.

Radiographies en couches minces et en double contraste négatives.

Une nouvelle endoscopie retrouve le même aspect macroscopique et 5 prélèvements confirment le diagnostic de carcinome épidermoïde.

23/II/72 : par double voie abdominale et thoracique postéro-latérale droite : - résection oesophagienne et anastomose oesogastrique termino-latérale - curage coeliaque et intertrachéobronchique.

Pièce d'oesophagectomie de 12 cm : il existe une lésion d'aspect granité de la muqueuse, étendue sur 3 cm.
Des coupes sériées de tout l'oesophage sont réalisées tous les 0,5 cm.
Elles mettent en évidence un processus prolifératif intra-muqueux en nappe de la paroi oesophagienne arrivant au contact de la musculaire muqueuse, mais la respectant toujours.
L'épithélium extrêmement dysplasique se compose de cellules basophiles dédifférenciées, irrégulières, atypiques ; on note de nombreuses anomalies avec monstruosités nucléaires ainsi que des mitoses fréquentes. Les recoupes supérieure et inférieure de la pièce de résection sont histologiquement normales. Les ganglions prélevés sur la pièce et à distance sont indemnes.
Les suites post-opératoires sont simples, en dehors d'un Délirium Tremens.

Le malade est revu un an après l'intervention - va bien.

Malheureusement, l'extension à la totalité de la paroi oesophagienne est presque la règle : (339 fois sur 348 pour MALLARD) (123).

Cette stadification devrait être précisée de façon systématique, car elle est, nous le verrons, un des éléments essentiels du pronostic.

- L'atteinte du tissu cellulaire péri-oesophagien n'a pas été systématiquement recherchée.
Sur 87 cas, l'envahissement histologique est noté 55 fois, soit 63,2 %.
Les constatations de MAILLARD sont analogues (66 %) (123).

- L'envahissement des organes médiastinaux (stade IV)
Lorsque l'on envisage l'extension aux organes médiastinaux, force est de distinguer le niveau tumoral.

. Qu'il s'agisse des 2/3 supérieurs, où l'oesophage est étroitement caché dans un médiastin profond, difficile d'accès, bloqué entre les deux plèvres, au contact du rachis, de l'aorte ou des gros vaisseaux de la face postérieure de la trachée et de la bronche souche gauche, en contiguité directe avec le récurrent gauche, les tumeurs y sont rapidement adhérentes et souvent inextirpables.

. Ou qu'il s'agisse du 1/3 inférieur, moins à l'étroit dans un médiastin élargi, le cancer envahit plus tardivement le péricarde, les piliers du diaphragme et les deux plèvres (surtout gauche).

Ainsi, sur les 185 résections réalisées, des difficultés opératoires majeures sont liées à l'envahissement histologiquement confirmé des organes voisins dans 46 cas.

+ adhérences aortiques: 18 fois
+ adhérences trachéales :10 fois
+ adhérences à la bronche souche gauche : 13 fois
+ adhérences à la plèvre : 19 fois
+ adhérences au péricarde : 3 fois
+ adhérences à la veine pulmonaire : 1 fois
+ adhérences au diaphragme : 9 fois
+ adhérences au poumon : 1 fois.

c) L'extension ganglionnaire

Aborder ce chapitre conduit à poser le problème de la fréquence et de la systématisation de cette extension.

A juste titre, les cancers oesophagiens sont considérés comme des cancers lymphophyles, sans qu'il existe de variations notables de fréquence selon le siège ou le type histologique.

LE ROUX (112), HUMPHREY (89) notent cet envahissement dans 65 % de leurs résections.

Dans notre étude, l'envahissement ganglionnaire est noté dans 56,1 % des cas, soit 87 fois sur 155 pièces d'exérèses analysées.

La fréquence des métastases ganglionnaires augmente généralement avec le degré d'envahissement de la paroi oesophagienne :en fait, ces considérations n'ont rien d'absolu, les métastases pouvant être présentes, alors que la paroi oesophagienne n'est pas dépassée par l'envahissement tumoral.

A l'opposé, certains cancers ne présenteront aucune atteinte ganglionnaire au cours de leur évolution, comme semblent le prouver les études autopsiques de POSTLETHWAIT (23 % de tumeurs No sur 2.440 autopsies) (169) ou de BLACHE (48 tumeurs No sur 100 cas) (21).

L'étude de l'atteinte ganglionnaire en fonction du siège est capitale.

	PIECES ANALYSEES	No	N +
SUPERIEUR	12	8	4
MOYEN	74	38	36
INFERIEUR	35	14	21
CARDIA	34	8	26

Si, dans un bon nombre de cas, l'atteinte des territoires ganglionnaires se situe au même niveau que le segment d'oesophage considéré, nous devons une fois de plus compter avec la possibilité de grandes variations dans ce domaine.

Cette étude révèle le caractère souvent anarchique et l'absence de systématisation de cette extension, qui saute un relais dans un sens ou dans l'autre (le plus souvent dans le sens descendant).

N +	SUPERIEUR	MOYEN	INFERIEUR	CARDIA
GANGLIONS THORACIQUES	4	15	1	——
GANGLIONS THORACIQUES ET ABDOMINAUX	——	12	10	10
GANGLIONS ABDOMINAUX	——	9	10	16

Dans les cancers du 1/3 moyen, l'infestation lymphatique descendante peut atteindre les ganglions coronaires et coeliaques, avant même d'avoir frappé les ganglions latéro-oesophagiens ou intertrachéobronchiques :

- 8 % des cancers du 1/3 supérieur
- 25 % des cancers du 1/3 moyen
- 35 % des cancers du 1/3 inférieur.

d) Les métastases

Sur nos 330 patients, nous avons découvert 68 fois des métastases, soit 20,6 %.

- 36 fois, elles furent notées au cours du bilan pré-opératoire ou au cours de l'exploration chirurgicale (sur 145 malades récusés).

- 32 fois, elles constituent la modalité de la récidive, parfois tardive après l'exérèse (4 cas après 3 ans).

Il ne semble pas exister de corrélation entre la taille de la tumeur et la fréquence des métastases (ATTAH) (11).

Leur siège est variable :

. Les métastases hépatiques sont les plus fréquentes : 10,6% (19,6 % des autopsies de POSTLETHWAIT) (169).

. Les métastases osseuses viennent au 2ème rang : 5,4 % (GOODNER (75) : 5,2 %, POSTLETHWAIT : 4,9 %).

. Les métastases pulmonaires ou pleurales : 3,6 %.

. Les métastases péritonéales, cérébrales, musculaires, rénales, sont plus rarement rencontrées (1 %).

4) LES CANCERS ASSOCIES

La fréquence des cancers associés au cours des tumeurs malignes de l'oesophage paraît légèrement supérieure à celle observée en cancérologie générale (MOUNIER KUHN) (143).
Ce fait semble lié à la fréquence des tumeurs de la sphère O.R.L. (4 % pour BLACHE (21), 4,6 % pour LAWLER (108), 5 % pour LEMOINE (111), 5,6 % pour ROHARD (181)).
Nous avons observé 25 cancers associés, soit 7,5 % dont 15 tumeurs du carrefour aero-digestif, soit 4,5 % :

. 2 fois concommittantes (AMYGDALE)

. 13 fois successives (larynx - amygdale - base de la langue - sinus piriforme) ; mais la localisation oesophagienne s'est présentée dans 10 cas, comme la 2ème localisation de ces tumeurs successives et le délai moyen est de 3 ans 1/2.

Cette prédominance du sens oral-aboral dans la succession de néoplasmeshistologiquement identiques, est retrouvée par MOUNIER-KUHN (143). Elle évoque fortement la possibilité de greffes néoplasiques par voie canalaire ou d'embols par voie sous-muqueuse.

. Les autres néoplasmes associés (10 cas) sont de tous les types (glande mammaire, sigmoïde, rectum, parotide, neurinome) et ont été presque tous precessifs.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

A/ - *LES SIGNES CLINIQUES*

La plupart des sujets porteurs de cancers oesophagiens sont vus par le chirurgien à un stade avancé, ou tel qu'il ne permet que rarement d'espérer un traitement curateur.

- Pour LAFORET (104), la durée moyenne des symptômes précédant la première consultation est de 4 mois pour les cancers oesophagiens et 6 mois pour les cancers du cardia.

- LEE (110) voit 42 % de ces malades après 3 mois d'évolution.

- Parmi nos patients, 36 % sont soignés moins de 3 mois après le début des troubles, mais 33,6 % d'entre eux ont consulté 6 mois après l'apparition des premiers symptômes, et un peu plus de 10 % attendent plus d'un an.

DUREE DES SYMPTOMES	TOTAL	RESECTIONS
0 - 3 mois	115	67
3 - 6 mois	98	59
6 mois - 1 an	71	39
1 an	37	19
Non précisé	9	1

Constatations navrantes, lorsque l'on sait qu'il n'y a guère qu'un symptôme qui amène le cancéreux de l'oesophage à consulter :

1) LA DYSPHAGIE : 94 % de nos cas.

Comment expliquer ce retard ?

- Il est parfois dû à l'insouciance de malades qui ne consultent qu'à la suite d'une longue histoire stéréotypée, qui finalement inquiète lorsque le blocage devient total.

ailleurs, cette dysphagie n'apparaît pas évidente : que le malade l'exprime mal, ou la ressente sous la forme de troubles dyspeptiques intermittents, d'accrochage transitoire, de gêne passagère à la déglutition, de vagues douleurs à l'absorption de gorgées trop chaudes ou de mets trop durs.

même lorsqu'elle n'est pas accusée, ni très caractéristique, il importe de la reconnaître par un interrogatoire minutieux et d'en faire la preuve.

- Mais la survenue de l'un quelconque de ces signes peut témoigner de lésions déjà évoluées ou dépassées, alors qu'aucune négligence ne peut-être incriminée ; c'est dire qu'il n'existe aucune corrélation entre l'importance de la dysphagie et la taille de la tumeur responsable.

- A l'opposé, elle peut traduire l'existence d'une petite tumeur au début, qu'il faudra s'acharner à rechercher, plutôt que d'attendre l'échec des thérapeutiques symptômatiques.

En fait, toute dysphagie, toute modification, même minime de la déglutition, quel que soit son mode d'installation, son intensité, son allure évolutive, doit-être considérée comme un cancer jusqu'à preuve du contraire, surtout après la quarantaine.

La sialorrhée, les éructations, les régurgitations, le hoquet la fétidité de l'haleine, font partie du syndrôme oesophagien et sont souvent notés.

2) L'AMAIGRISSEMENT est presque constamment retrouvé : alarmant par sa précocité, sa rapidité, son caractère souvent massif et parfois paradoxal, sans anorexie.

3) LES DOULEURS THORACIQUES dorsales ou postérieures ne sont pas forcément péjoratives et ne traduisent pas nécessairement une extension majeure. Mais leur association à un fébricule est bien souvent le reflet d'une médiastinite néoplasique évolutive (181).

Symptômes des tumeurs malignes de l'oesophage :

AUTEURS	DYSPHAGIE	AMAIGRISSEMENT	DOULEURS THORACIQUES
ADAMS (1)	92 %	86 %	—
APPELQUIST (10)	97 %	73 %	40 %
DIETRICH (47)	86 %	90 %	41 %
LAWLER (108)	93 %	88 %	33 %
LEE (110)	89 %	100 %	—
PINCH (167)	90 %	77 %	42 %

4) LES AUTRES SIGNES FONCTIONNELS sont bien plus rarement rencontrés et ils succèdent généralement à une histoire évidente, mais négligée. Signes d'appoint ou complication révélatrice, ils témoignent souvent de lésions évoluées.

- C'est le cas de la TOUX de SUFFOCATION, des accidents infectieux bronchopulmonaires signant une FISTULE AERO-DIGESTIVE, ce qui règle à la fois le problème diagnostic et thérapeutique (5 cas).

- Il arrive que la première manifestation de l'évolution d'un cancer de l'oesophage soit une HEMATEMESE (9 cas) ou un MOELENA (2 cas), une anémie sévère (1 cas).

L'hématémèse a le mérite, lorsqu'elle est isolée, d'attirer l'attention sur les voies digestives supérieures et d'imposer l'oesogastrofibroscopie.

MAR... C., homme de 56 ans, éthylique, obèse, sans antécédent. Hématémèse de moyenne abondance - amaigrissement récent : 5 kg.

Rx : sténose irrégulière du 1/3 moyen.

Fibroscopie : néoplasme ulcéré typique à 25 cm - biopsie positive.
Bilan normal.

10/4/72 : laparotomie - thoracotomie P.L. droite.
Résection sub-totale oesophage thoracique - anastomose O.G. T.L. en 2 plans.
Curage coeliaque et intertrachéobronchique.

Histologie : petite tumeur infiltrant la totalité de la paroi et le tissu cellulaire péri-oesophagien.
Carcinome épidermoïde anaplasique.
Recoupes saines - ganglions thoraciques envahis.

Suites post-opératoires simples.
Récidive par métastases musculaires (Trapèze et triceps) confirmée histologiquement - névralgies cervicobrachiales - récidive médiastinale.
Fibroscopie : RAS

DCD au IIème mois.

Souvent, le fait de lésions ulcériformes, les hémorragies, ne traduisent pas forcément une lésion très extensive. Dans 7 cas sur 9, l'exérèse fut possible.

DROG... D., homme de 60 ans, éthylique, obèse. Dyspepsies et douleurs rétrosternales depuis 2 mois 1/2 - consulte pour hématémèse.

Rx : lacune oesophagienne irrégulière de l'oesophage inférieur avec aspect irrégulier de la grosse tubérosité.

Oesophagoscopie à 35 cm : tumeur ulcéro-végétante infranchissable
Biopsie positive.

24/6/61 : thoracotomie G. Tumeur située à 4 cm au-dessus du diaphragme, mais coulée néoplasique sur l'estomac. Oesogastrectomie polaire supérieure, curage ganglionnaire, spléno-pancréatectomie gauche - résection des piliers du diaphragme. Anastomose O.G. T.L. en 2 plans.

Histologie : carcinome épidermoïde différencié
S.P.O. simples

D.C.D. le 17/8/65, 4 ans plus tard, cause inconnue.

5) LESIONS OESOPHAGIENNES PREEXISTANTES

Qu'il survienne sur une lésion préexistante, le syndrome oesophagien risque de ne plus faire évoquer aussi facilement le cancer, exposant ainsi le patient à des erreurs et des retards de diagnostic préjudiciables

- Mégaoesophage et cancer

Qu'il soit vu pour la première fois, ou ancien et connu, tout mégaoesophage idiopathique doit par principe être suspecté de cacher un néoplasme surajouté. Une modification discrète de la dysphagie, une baisse de l'état général où l'amaigrissement domine, et surtout la moindre régurgitation sanglante, doivent alarmer et conduire à la recherche méthodique de la dégénérescence.

DEN... J.C., homme de 55 ans, éthylique, présente une dysphagie capricieuse depuis l'âge de 17 ans. Depuis un an, aggravation très progressive de la dysphagie qui devient permanente, et amaigrissement récent.

Rx : volumineux mégaoesophage présentant une lacune irrégulière anfractueuse au-dessous de la crosse aortique.

Oesophagoscopie : petit néoplasme infiltrant à 25 cm - biopsie +

7/12/61 : Laparotomie, thoracotomie, P.L. droite. Oesophagectomie thoracique sub-totale - anastomose O.G. T.L. en 2 plans - curage ganglionnaire.

Histologie : carcinome épidermoïde différencié, sans envahissement ganglionnaire.

1964 : va très bien - bonne vidange gastrique.

DCD le 2/2/67 après un bref séjour hospitalier : paraplégie par métastase vertébrale (D4), sans récidive de la dysphagie.

- Sténose cicatricielle et cancer

La réapparition ou l'aggravation brutale de la dysphagie chez un malade s'alimentant normalement depuis de nombreuses années ou du moins sans gêne importante, doit-être d'autant plus suspecte qu'un plus

long intervalle s'est passé sans trouble depuis l'épisode initial.

LAR ... femme de 57 ans - 1918 (2 ans) - brûlure oesophagienne par ingestion de potasse - 1943 : constitution d'une sténose caustique traitée par dilatations prolongées, amélioration notable, puis rémission.

1972 : apparition d'une dysphagie rebelle aux dilatations

Fibroscopie : aspect anormal granuleux et bourgeonnant de la muqueuse à 20 cm - biopsies positives.

Bilan normal.

11/3/73 : thoracotomie droite - oesophagectomie totale - gastrostomie - oesophagostomie cervicale.

Tumeur bourgeonnante de 4 cm ; carcinome épidermoïde différencié au début, respectant la musculeuse. Recoupes et ganglions sains.

S.P.O. simples

3/7/73 : oesophagoplastie rétrosternale par transplant colique gauche transverse - pas d'anastomose cervicale d'emblée.

18/9/73 : anastomose oesocolique.

Depuis va bien.

- Hernie hiatale et cancer

. en ce domaine, l'ancienneté des troubles liés au reflux ne doit pas rassurer, et tous les moyens d'exploration doivent être utilisés, combinés dans le cadre d'une surveillance régulière.

. mais la persistance de signes inflammatoires et de leur traduction clinique, doit entraîner un geste chirurgical de reposition, ou de résection lorsqu'il s'agit de sténoses fibreuses.

. enfin, lorsque le moindre doute persiste, lorsqu'un seul des examens de surveillance est suspect, l'exérèse s'impose.

VEYR... J. homme de 43 ans.
1964 : découverte radiologique d'une hernie hiatale par glissement : syndrome de reflux, brûlures.

Oesophagoscopie : reflux - biopsie négative - traitement médical.

1968 : depuis un mois, dysphagie discrète, isolée.

Rx : image lacunaire du bas oesophage avec dilatation sus-jacente.

Fibroscopie : à 37 cm ulcération hémorragique - 4 biopsies négatives.

On hésite entre le diagnostic de cancer ou de sténose peptique.

1/7/68 : laparotomie : induration du cardia : le diagnostic est incertain - biopsie ganglionnaire extemporanée : positive.

Voie thoracique gauche : oesogastrectomie polaire supérieure anastomose O.G. T.T.

Histologie : adénocarcinome infiltrant du cardia, envahissant la paroi.

S.P.O. simples.

3/9/69 : douleurs thoraciques - Rx, Fibroscopie) négatives

9/6/70 : depuis 1 mois, nouvelle aggravation - récidive péritonéale.

24/6/70 : G.E.A. précolique

DCD le 15/II/70 : cachexie.

Au total, la symptomatologie oesophagienne dominée par la dysphagie éveille le plus souvent l'attention.

Elle ne doit pas faire oublier l'éventualité de nombreuses formes dissimulées des cancers oesophagiens (cancers sur lésions préexistantes, cancers inférieurs moins bruyants, formes laryngées, respiratoires, dyspeptiques, métastatiques), qu'on reconnaîtra en y pensant systématiquement, malgré leur polymorphisme et leur moindre fréquence.

B/ - LES MOYENS DU DIAGNOSTIC

L'exploration d'un malade suspect de cancer oesophagien est double : radiologique et endoscopique.

Ces examens conduisent à un diagnostic de certitude dans la quasi totalité des cas (les conséquences thérapeutiques ne permettent pas d'admettre des probabilités de diagnostic).

L'intérêt actuel réside dans le diagnostic de plus en plus précoce des cancers oesophagiens, dans l'espoir de confier au chirurgien un pourcentage appréciable de cancers au début.

Le problème de l'avenir est celui de dépistage systématique qui devrait permettre la découverte de lésions in situ.

I) L'ETUDE RADIOLOGIQUE

A l'examen radiologique, on demande :

. la découverte de la lésion et des précisions concernant sa nature.

. la détermination exacte de son siège et de son extension.

a) Il ne méconnait pas les lésions habituellement rencontrées : sténose totale, défilé rigide excentré, d'aspect tortueux, lacune marginale irrégulière.
Mais des difficultés peuvent apparaître lorsque la tumeur apparaît sous la forme :

- d'un défect arrondi, homogène évocant une tumeur bénigne.
- d'une encoche régulière d'un bord simulant une compression extrinsèque.
- ou d'une sténose axiale, homogène en sablier, difficile à distinguer d'une sténose peptique.

b) Il se doit de préciser l'étendue du rétrécissement, son siège exact par rapport aux organes voisins et son retentissement éventuel sur ceux-ci.

c) Il est fondamental pour la recherche de petites images, traduisant une lésion au début, à condition de savoir utiliser toutes les ressources du radiodiagnostic :

Clichés globaux, puis centrés sur la zone suspecte, dans diverses positions, sous les diverses incidences.

Examens en couche mince (203) et en double contraste, riches d'enseignements lorsqu'ils sont pratiqués sous contrôle de l'amplificateur de brillance, ou couplés au radiocinéma, permettant la recherche d'altérations peu importantes, "saisies au vol", si on utilise les possibilités du ralenti, des modifications pharmacodynamiques.

Il peut montrer :

- des modifications des plis de la muqueuse se traduisant par un épaississement, une tortuosité ou une interruption.

- un spasme avec rigidité pariétale localisée ou une image suspendue, ou une modification localisée du péristaltisme.

- une ulcération localisée, une lacune minime.

Toutes anomalies pouvant témoigner d'un cancer incipiens, dont la nature devra être précisée, car l'examen radiologique n'est que le premier temps essentiel d'une série d'investigations : la certitude ne pouvant être apportée que par l'endoscopie, la biopsie ou la cytologie.

2) ETUDE ENDOSCOPIQUE, BIOPSIE et CYTOLOGIE

Les limites de l'examen endoscopique ont été repoussées par l'amélioration des techniques et l'utilisation des oesophagoscopes souples, à visée axiale. Les contrindications sont exceptionnelles ; les accidents rarissimes.

a) Dans les cas habituels, et entre les mains d'endoscopistes spécialisés et entraînés, l'exploration fibroscopique aboutit à une vision directe de la tumeur dont la seule interprétation macroscopique est la plus souvent évidente (131).

- Elle précise habituellement : le type anatomique, le caractère unique ou multiple de la lésion, la distance approximative de son pôle supérieur aux arcades dentaires.

- Elle autorise une étude iconographique comparée.

- Si la simple vue des lésions n'est pas suffisante, elle permet, sous le contrôle de l'optique grossissante, la biopsie dirigée en de nombreux points, soigneusement choisis.
La multiplicité de ces prises biopsiques doit permettre de diminuer le pourcentage de prélèvements négatifs et d'éviter la répétition de l'examen.

- Mais, dans certains cas, la biopsie dirigée peut être difficile : que la lésion soit nécrosée ou hémorragique, ou recouverte par un épais mucus, ou que la sténose soit infranchissable.

- C'est ici que l'étude cytologique sera utilisée avec le plus de profit.
Les prélèvements seront effectués par brossages dirigés, répétés, sous contrôle endoscopique avant toute biopsie (VILLARDEL) (210).
L'étude cytologique du produit de lavage du conduit à biopsie pourra lui être associée.
La plupart des auteurs (172),(208), (210), insistent à l'heure actuelle sur l'intérêt de l'association systématique de l'étude cytologique par brossage dirigé et de la biopsie dirigée.
Loin de s'opposer, les deux techniques sont parfaitement complémentaires ; ainsi seront éliminés les rares cas où l'une ou l'autre des deux méthodes se trouve en défaut :

. 100 % de résultats positifs pour KOBAYASHI (100)

. 96,9 % de moyenne sur une revue récente de la littérature portant sur 531 cas (RACHAIL) (172).

Dans notre expérience, le cytodiagnostic a été exceptionnellement utilisé, mais le seul histodiagnostic a permis une certitude dans 88 % des cas analysés.

Sur les 26 cas, où la réponse fut négative, nous retrouvons, comme tous les auteurs, une proportion importante de cancers du cardia (16 cas) et de cancers du 1/3 inférieur (5 cas).

b) Le problème du diagnostic précoce

- Dans un petit nombre de cas, alarmé par une symptomatologie minime, parfois orienté par une modification radiologique discrète, l'endoscopiste doit dépister un petit cancer devant une anomalie muqueuse limitée.

3 aspects sont habituellement reconnus (Japanese Comittee of esophageal cancer : ENDO (53)) :

- type I : SURELEVE, muqueuse dépolie, surélevée par rapport au plan normal, ou polypoïde.
- type II : PLAT,
- type III : EXCAVE : ulcération ou érosion muqueuse.

- La confrontation des données cytologiques et biopsiques (sous contrôle endoscopique dirigé) est ici fondamentale et doit permettre un diagnostic de certitude dans la plupart des cas.

- Mais la négativité d'une première exploration endoscopique, doit, dans le doute, faire pratiquer une nouvelle tentative : la répétition des examens biopsiques et cytologiques permettant de rattraper la défaillance initiale dans un bon nombre de cas (60 % pour DEBRAY (41)).

c) Le problème du dépistage du cancer et la surveillance des lésions bénignes de l'oesophage.

Seule la solution de ce problème pourra modifier et peut-être transformer le pronostic du cancer oesophagien.
Le nouvel essor des techniques dans le cytodiagnostic oesophagien, doit permettre dans un avenir rapproché de répondre à cette espérance.

La lecture cytologique n'est sûre et utile qu'avec un minimum de faux négatifs et surtout de faux positifs, c'est à dire pratiquée par des cytologistes expérimentés et entraînés à cette tâche.

Si le dépistage de masse ne peut encore être rationnellement utilisé, le dépistage systématique chez des sujets présentant un haut risque carcinologique, est actuellement possible (sexe masculin, âge $>$ 45 ans, alcoolisme chronique, résidence dans une zone à taux élevé, affection oesophagienne préexistante).

Le prélèvement à l'aveugle par ballonnets abrasifs, simplement déglutis, permettant des prélèvements étagés, constitue une méthode plus simple et rapide que le prélèvement par lavage oesophagien.

Dès lors, que la cytologie aura suggéré la présence d'un cancer, il restera à l'endoscopiste d'en trouver la localisation et d'en fournir la preuve cytologique ou histologique, par des examens au besoin répétés, ou par l'utilisation, en dernier ressort des radios-sondes de détection après injection d'un isotope radioactif (P. 32) (44).

La scintigraphie oesophagienne n'est pour l'instant qu'un chapitre expérimental (106).

C/ - LE BILAN PREOPERATOIRE

Le cancer oesophagien affirmé, le bilan préopératoire se donne un double but :

- déterminer l'extension de façon aussi précise que possible.

- apprécier l'état général du sujet et l'existence de tares éventuelles.

La minutie et la rigueur de ce bilan permettent :

- de supprimer, ou presque, les interventions exploratrices, dont le risque n'est pas négligeable (4 cas sur la totalité de notre série).

- de diminuer le pourcentage d'interventions à visée curative, ou rapidement une périlleuse tentative d'exérèse s'avère impossible, (29 cas sur 214 tentatives, soit 13,5 %).

- d'alléger, grâce à une préparation orientée, les suites post-opératoires de complications toujours fâcheuses.

1) LE BILAN DE L'EXTENSION

a) L'extension locale sera jugée, tout en sachant que son appréciation est souvent trompeuse et contredite dans un sens ou dans l'autre par l'exploration opératoire.

- Le volume de la tumeur, noté sur les radiographies, est rarement en soi, une contre-indication.

- Le siège est un élément fondamental à préciser : non tant le siège exact de la tumeur par rapport aux arcades dentaires et aux éléments nobles du médiastin, mais les limites macroscopiques, dont on sait qu'elles ne préjugent en rien de l'extension sous-muqueuse.

Si la limite supérieure est actuellement bien précisée par la fibroscopie, l'extension vers le bas nécessite des clichés oesophagiens et gastriques lorsque la sténose tumorale s'avère infranchissable.

b) L'extension régionale et à distance revêt une importance primordiale, car c'est d'elle que dépend la décision.

- Le seul examen clinique général explorant méthodiquement les aires ganglionnaires, nous a permis la découverte d'adénopathies palpables à 14 reprises :

- adénopathies cervicales : 4
- adénopathies sus-claviculaires : 8
- adénopathies axillaires : 1
- adénopathies inguinales : 1

La biopsie d'un ganglion superficiel doit dans ces cas s'assurer de sa nature métastatique qui contre-indique toute exérèse.

- Les radiographies osseuses se justifient au moindre doute et nous ont permis la découverte de métastases osseuses précoces, uniques ou multiples dans 8 cas.

Les localisations sont diverses (bassin, colonne, côtes, fémur, humérus).

Une cartographie osseuse isotopique a été utile à trois reprises.

- L'étude des radiographies pulmonaires a révélé l'existence de métastases pulmonaires et pleurales dans 5 cas.

- Enfin, la lecture des films oesophagiens (en particulier profil strict) peut montrer des déformations suspectes (élargissement de l'espace intertrachéobronchique, déformations de l'axe oesophagien (7)) dont la nature sera précisée par la bronchoscopie. Nous n'avons aucune expérience des explorations directes du médiastin.

- La bronchoscopie reste un examen extrêmement précieux pour le dépistage d'anomalies trachéo-bronchiques, fréquentes, mais le plus souvent latentes ; leur reconnaissance est capitale pour la discussion thérapeutique, non seulement en cas d'indication chirurgicale, mais aussi pour envisager la possibilité d'une radiothérapie à haute énergie, qui pourrait favoriser une fistule oesoaérienne.

Examen inoffensif, elle peut éventuellement être pratiquée sous anesthésie générale.

Quel que soit le bronchoscope utilisé (bronchoscope rigide, ou fibroscope), on étudie la totalité de l'arbre aérien (face postérieure en particulier). Le palper bronchoscopique peut donner une appréciation sur la souplesse de ses parois.

178 de nos patients ont subi une exploration de l'arbre aérien. Dans 4/5 de nos cas, il s'agit de localisations hautes.

NOMBRE TOTAL DE CANCERS	BRONCHOSCOPIE	ASPECTS PATHOLOGIQUES
SUP. 30	20	3 soit 15 %
MOYEN 154	119	36 soit 30 %
INF. ET CARDIA 146	39	4 soit 10 %

. Un aspect trachéobronchique anormal a été noté dans 24 % des cas (43 sur 178) et le retentissement aérien est bien plus fréquent pour les cancers hauts situés.

Des anomalies sont constatées 4 fois sur 39 cancers du bas oesophage : soit 10 %.

Cette proportion est retrouvée chez CHAVY (31) : 12 % et chez MAILLARD (123) : 14 %

Elle justifie pour le premier, la pratique systématique de la bronchoscopie quel que soit le siège.

Les anomalies constatées sont de 4 types :

+ compressions extrinsèques : 16 cas
+ infiltrations : 11 cas
+ végétations : 13 cas
+ fistules : 3 cas

Les compressions extrinsèques soulèvent le plus souvent la face postérieure de la trachée et/ou des bronches.

Elles ne représentent pas à elles seules une contre-indication formelle à l'exérèse, mais ne doivent la faire envisager qu'avec beaucoup de circonspection, en tenant compte :

de la fixité pariétale à la toux, des résultats de l'aspiration biopsie sur filtre piège préférée actuellemnt à la biopsie dirigée, du reste du bilan.

Parmi les 16 cas dépistés, 1 malade sur 2 fut réséqué :

+ 5 furent récusés d'emblée

+ 11 furent admis à l'intervention dans un but d'exérèse ; 6 fois des difficultés majeures liées à l'intervention furent notées et 3 fois l'exérèse fut impossible ou jugée trop dangereuse.

Les autres anomalies justifient à nos yeux une contre-indication à l'exérèse :

+ l'infiltration pariétale est souvent associée à des signes de compression
+ les végétations peuvent sténoser la lumière aérienne (2 cas sur 13)
+ les fistules peuvent être difficiles à repérer en cas d'envahissement massif.

. Dans 76 % la bronchoscopie s'est avérée normale. Bien que rassurante, cette constatation ne met pas à l'abri de désagréables surprises opératoires.

Sur 139 bronchoscopies normales, une adhérence invincible nous a fait renoncer à l'exérèse dans 3 cas seulement.

- La laparoscopie

En dehors des contreindications locales ou générales, la simplicité, la bénignité, la rapidité de cet examen, et la valeur des renseignements qu'il fournit, nous ont amené à considérer la laparoscopie comme un des éléments indispensables du bilan.

Outre la recherche de métastases hépatiques ou péritonéales, ou de formations ganglionnaires, elle peut affirmer une cirrhose caractérisée, qui constitue à nos yeux, dans un contexte biologique évocateur, souvent une contre-indication à l'exérèse.

+ 8 fois elle a permis la découverte de métastases hépatiques.

+ 8 fois, elle révéla une cirrhose caractérisée.

+ Dans 8 cas, des lésions métastatiques échappèrent à l'examen (métastases hépatiques : 3 cas, ganglions volumineux : 5 cas).

2) LE BILAN GENERAL

Plus qu'ailleurs, ce bilan doit être complet, se préoccupant de tous les appareils : toute omission risque de méconnaître une anomalie, une tare qui ne manquera pas de se décompenser au décours d'interventions réunissant les difficultés de la chirurgie digestive, thoracique et ... gériatrique.

De ces résultats vont dépendre :

. la décision d'une éventuelle opérabilité,

. l'orientation particulière de la préparation, d'autant plus impérieuse, qu'il s'agit de malades souvent dénutris, mais également de sujets infectés, grands fumeurs et éthyliques.

- L'examen clinique apprécie :

. l'âge physiologique, l'allure générale,

. la fièvre éventuelle, le degré d'anémie, d'amaigrissement, de déshydratation.

- L'exploration biologique comporte un bilan ionique, hépatique, rénal, et des fonctions de coagulation.

- Le bilan fonctionnel doit être spécialement cardio-respiratoire.

Près d'un malade sur trois était porteur d'une affection pleuropulmonaire (bronchite, asthme, silicose ; les antécédents de tuberculose pulmonaire sont notés dans 9 % des cas).

Une insuffisance respiratoire caractérisée est notée dans 15 % des cas. Elle est jugée sur l'E.F.R. systématique, couplée avec l'étude de gaz du sang avant et après effort.

Les troubles cardiaques ne sont pas rares : 15 % des cas, dominés par ordre décroissant par l'insuffisance coronarienne, l'H.T.A., les troubles du rythme. Ils imposent un bilan électrique précis.

Les perturbations hépatiques sont fréquentes, liées à l'éthylisme et nous notons pas moins de 6 % de cirrhoses.

Les autres stigmates de l'éthylisme sont plus rares (polynévrite, (Korsakoff).

Cette énumération incomplète explique la minutie qui doit présider à la préparation qui vise un triple but :

+ améliorer les conditions de résistance du malade, par une rééquilibration, voire une hyperalimentation parentérale.

+ éliminer les sources possibles d'infection.

+ entretenir et préparer une fonction cardio-respiratoire aussi satisfaisante que possible.

CHAPITRE IV

LE TRAITEMENT

/ LES METHODES THERAPEUTIQUES /

La gravité de l'évolution spontanée des cancers oesophagiens explique la diffusion des possibilités et des modalités thérapeutiques

A/ - *LES METHODES CHIRURGICALES PALLIATIVES*

1) L'INTUBATION A DEMEURE

. fait appel à deux types d'ENDOPROTHESES (les deux seuls que nous ayons utilisés).

- Le TUBE métallique de SOUTTAR, dont la mise en place sous contrôle de lendoscopie, doit être précédée d'une dilatation de la lumière oesophagienne résiduelle et d'une bronchoscopie.

Il doit être utilisé (144) avec préférence pour les lésions en virole, régulières et bien centrées du 1/3 moyen.

- Le TUBE souple, plastique de MOUSSEAU nécessite une laparotomie. Sa longueur permet son utilisation surtout dans les lésions basses et étendues dans la lumière oesophagienne, mais son entonnoir supérieur rend sa tolérance fonctionnelle moins bonne, ou impossible pour les lésions hautes.

. L'amélioration fonctionnelle secondaire à la mise en place d'une endo-prothèse est appréciable, mais la durée moyenne d'efficacité ne dépasse guère trois ou quatre mois : (20 % des malades de LORTAT-JACOB (117), conservent après trois mois les bénéfices de l'intubation).

. L'emploi des endoprothèses n'entraîne en outre aucune amélioration sur le plan de la survie moyenne (13 à 23 % de survivants à six mois (49, 129, 206).

. Ces chiffres justifient-ils de faire courir les risques de l'intubation à un sujet inopérable ? L'étude des complications permet d'en douter :

- outre la mortalité immédiate due aux perforations, aux hémorragies, aux troubles respiratoires (de 12 à 20 % dans les 8 premiers jours (40 , 146).

- la mortalité précoce est importante, puisque 31,5 % (62) à 43 % (117) des sujets décèdent avant de regagner leur domicile.

2) LA GASTROSTOMIE D'ALIMENTATION

reste dans certains cas la dernière ressource, la seule voie d'alimentation.

Elle constitue une infirmité et un handicap psychologique important et, tant dans sa technique que dans ses indications, elle doit répondre à des exigences précises.

- Elle doit être pratiquée à temps : trop souvent ce geste minime vient, chez un sujet cachectique, hâter, sans amélioration, la fin d'une longue évolution.

Pour apporter quelque bénéfice, la gastrostomie ne doit pas être trop différée.

- Elle doit être continente et éviter les désagréments d'une fuite de liquide gastrique, d'éviscération. Quel que soit le procédé utilisé (FONTAN - WITZEL ou intubation), ou les artifices techniques (GLASSMAN), il importe que l'issue de la sonde se fasse par un orifice distinct de l'incision pariétale.

- Elle doit être efficace, permettant au malade de supporter au mieux la perte de la fonction oesophagienne : l'aide de la diététique peut apporter dans ce domaine des progrès appréciables.

3) LES OESOGASTRO - ANASTOMOSES PALLIATIVES

court-circuitent la tumeur laissée en place et visent à pallier les inconvénients de la dysphagie et de la sialorrhée.

- geste simple, ne nécessitant pas de dissection oesophagienne poussée.

- geste rapide : par voie transpleurale gauche, à travers une brèche diaphragmatique l'opérateur saisit facilement, pour l'amener contre l'oesophage, une portion saine de l'estomac.

- geste efficace : si la mortalité post-opératoire n'est pas négligeable (20 à 28 %) (132), (141), l'anastomose latéro-latérale oeso-tubérositaire faite en tissu sain est solide et crée un court-circuit fonctionnel. Recouvrant une déglutition normale, le malade garde l'illusion de la guérison quelques fois jusqu'à la fin de son évolution.

Logique pour les néoplasmes cardio-oesophagiens non résécables (95), ce geste devient trop grave pour les tumeurs du 1/3 moyen (132).

4) LES OESOPHAGOPLASTIES PRE-THORACIQUES

à titre délibérément palliatif, ne nous paraissent pas justifiées en dehors de cas exceptionnels, en raison de leur gravité opératoire.

B/ - LA RADIOTHERAPIE

L'éventail des techniques radiothérapiques est très étendu et nous ne citerons que celles couramment utilisées.

1) LA TELECOBALTOTHERAPIE est la technique la plus répandue ; selon ses modalités on distingue :

a) La Cyclothérapie

Compte-tenu du caractère profond et médian de l'organe, elle assure la meilleure répartition des doses, notamment dans les lésions du 1/3 moyen, mais elle est d'application difficile dans les portions supérieure et inférieure de l'oesophage.

b) L'irradiation par champs fixes :

La haute énergie permet de réduire le nombre et la dimension des champs, de n'irradier qu'un faible volume de tissu sain, de respecter électivement certains organes (coeur, moelle épinière) ; on utilise 4 à 5 champs fixes (3 antérieurs, 2 postérieurs).

Les dimensions des champs dans le plan tumoral peuvent varier en hauteur (12 à 16 cm), en largeur (6 cm en cyclothérapie, 8 cm en champs fixes).

2) LES TRES HAUTES ENERGIES (Photons du Bétatron, accélérateurs linéaires) en champs fixes peuvent être utilisées dans certains cas (irradiation antérieure, thorax volumineux).

Ils augmentent le rendement en profondeur tout en protégeant la peau.

3) LA CURIETHERAPIE ENDOCAVITAIRE est peu utilisée (175)

Notre intention est moins de présenter les modalités de l'irradiation que de chercher à éclairer les problèmes de ses indications dans le cancer oesophagien.

L'IRRADIATION ISOLEE

1 - Très souvent, elle reste une thérapeutique palliative, car l'avenir des sujets irradiés est grevé, pour un certain nombre, de complications (197) (hémorragies, perforations et fistules tumorales, médiastinite, poumon radiothérapique).

Mais, doit-on abandonner ces sujets dysphagiques, refusés par la chirurgie, à la simple gastrostomie ?

Dans de nombreux cas, une irradiation prudente (3ooo à 35ooo r/t en 5 semaines) permet d'espérer la reperméabilisation du conduit oesophagien et, dans certains cas favorables, un résultat éloigné dans le domaine de la survie.

2 - L'irradiation isolée à but curatif doit, dans quelques cas exceptionnels, utiliser des doses totales voisines des limites de la tolérance (6ooo r/t en 5 semaines, soit 1780 ret NSD).

Le fractionnement permet d'obtenir un effet différentiel plus favorable au niveau de la tumeur.

L'ASSOCIATION RADIO-CHIRURGICALE

Les nombreuses publications de NAKAYAMA ont ouvert la voie à cette association et en particulier à

1 - L'irradiation pré-opératoire

- pour NAKAYAMA (153), le but recherché est la diminution de l'incidence de la dissémination per-opératoire des cellules cancéreuses, susceptibles de provoquer des greffes à distance. Ce résultat est lié à l'effet direct et immédiat de l'irradiation sur les cellules tumorales.

- L'irradiation réduit fréquemment la taille tumorale et peut dans quelques rares cas provoquer une stérilisation tumorale complète (la diminution du volume tumoral a permis parfois une exérèse jugée d'emblée irréalisable).

. La technique initiale (151) préconisait le fractionnement et l'étalement de la dose totale.

- Nous sommes restés fidèles à cette tactique comportant l'administration de 300 rads, 5 jours par semaine, pendant deux semaines, soit une dose totale de 3ooo r/t : (NSD : 1500 ret).

- Pour AKAKURA (5) : 150 à 200 rads par jour pendant 4 à 5 semaines, soit une dose totale de l'ordre de 5ooo r/t.

- Pour SEYMOUR (194) : 45oo r/t en 3 semaines à raison de 300 rads quotidiens.

. Actuellement, NAKAYAMA (154) utilise l'irradiation concentrée qui donnerait des modifications cellulaires, nucléaires précoces, bien supérieures à l'irradiation fractionnée et étalée (2ooo r/t distribués en 4 jours donnant des effets histologiques comparables à ceux produits par 4ooo r/t répartis en 40 jours) et de meilleurs résultats à long terme.

Il pratique 4 séances quotidiennes de 500 rads, soit une dose totale de 2ooo r/t (NSD : 1300 ret).

. Le délai entre la fin de l'irradiation et l'exérèse doit être bref, dans le but d'éviter les difficultés opératoires.

+ 3 à 5 jours pour NAKAYAMA

+ dans la semaine pour la plupart (59), (129).

+ le délai a été plus long pour AKAKURA, GROVES (80) et dans notre pratique personnelle ; il est en moyenne de 10 à 12 jours.

L'irradiation concentrée pré-opératoire semble donc apporter de nombreux avantages :

- rapidité de l'irradiation

- amélioration fonctionnelle et radiologique fréquente

- absence de difficulté ou d'accident opératoire secondaire si la dose totale ne dépasse pas 3ooo r/t et si le délai est respecté.

- pas d'accroissement de la mortalité post-opératoire et du risque de fistule,

- possibilité lorsque l'exérèse s'avère irréalisable d'une reprise de l'irradiation visant à distribuer une dose tumorale CYTOLYTIQUE.

Mais, le problème majeur est celui des résultats tardifs. Nous verrons qu'actuellement et, exceptés les remarquables succès de NAKAYAMA, les courbes de survie sont modifiées de façon peu significative. L'avenir dira si le pourcentage de guérison semble devoir être nettement supérieur à celui de la CHIRURGIE ISOLEE.

2 - L'irradiation post-opératoire (84)

. Se discute, lorsqu'après une résection jugée satisfaisante, l'examen histologique révèle un envahissement ganglionnaire, ou de la tranche de section.

Elle a pour but l'éradication des agrégats cellulaires néoplasiques laissés en place et sources de récidives : (4ooo à 45oo r/t distribués en 4 semaines).

. Après une résection palliative (fragment tumoral laissé en place, au besoin repéré par un clips), l'irradiation bien localisée ne peut avoir qu'une ambition palliative, dans le but de retarder l'extension néoplasique (3000 à 4000 rads distribués en 2 semaines).

. L'irradiation d'une récidive très localisée peut être envisagée.

C/ - LA CHIMIOTHERAPIE

Elle est peu utilisée et de peu de secours dans cette localisation du cancer.

Le 5 F.U., le Cyclophosphamide n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (138), (155).

Il en est de même pour la BLEOMYCINE (39), (56), dont les inconvénients pulmonaires et les risques de fistule limitent l'emploi.

EFSKIND (51) préconise une chimiothérapie per et post-opératoire pour éviter la dissémination.

D/ - *LES METHODES D'EXERESE*

La chirurgie d'exérèse du cancer de l'oesophage débute véritablement avec le succès de F. TOREK (1913) qui réalisa à NEW YORK la première exérèse par voie transpleurale (13 ans de survie). Le retentissement de ce succès fait parfois oublier que c'est au chirurgien français J.L. FAURE que revient le mérite des deux premières résections de cancers de l'oesophage thoracique pratiquées de bout en bout sur le vivant, dès 1903.

Dès lors, les tentatives se multiplièrent et la première résection suivie du rétablissement de la continuité du tube digestif par anastomose oeso-gastrique intra-thoracique est à l'actif du Japonais OHSAVA en 1933.

ADAMS, puis OVERHOLT récidivèrent en 1938.

L'ère de la chirurgie oesophagienne moderne pouvait alors débuter, marquée par la thèse de BALLIVET (1939) (15) qui dénombrait alors 24 survies opératoires et apportait une description toujours actuelle de la voie transpleurale droite.

Le rapport de GARLOCK (1944) sur les anastomoses oesogastriques après décroisement, le rapport de SANTY et MOUCHET au 50ème Congrès Français de Chirurgie (1947) confirment la progression de cette chirurgie.

Depuis les contributions de GLAGETT, SWEET, de LORTAT-JACOB, de RUDLER et de NAKAYAMA, ont été importantes.

Si l'ère des échecs n'est pas révolue, si l'unanimité n'est pas faite quant à la tactique opératoire, les progrès réalisés sont tels qu'ils permettent d'envisager dans un avenir proche, et en présence de tumeurs au début, des résultats jusque là inespérés.

L'exérèse suffisante d'un cancer oesophagien exige la résection en bloc :

- de la tumeur
- de l'oesophage sus et sous-jacent (au moins 5 cm)
- du tissu cellulaire péri-oesophagien et des lymphatiques.

Les problèmes soulevés sont multiples et de nombreux procédés ont été utilisés.

A l'heure actuelle, la chirurgie d'exérèse doit, à nos yeux, répondre schématiquement à deux impératifs :

- Réaliser "raisonnablement" et aussi valablement que possible une exérèse carcinologique.

- Réaliser le plus rapidement possible un rétablissement de la continuité digestive. La multiplicité des actes chirurgicaux, nous paraît à éviter dans le traitement d'un cancer dont l'espérance de survie reste encore limitée.

L'arsenal thérapeutique se réduit à deux choix que nous envisagerons :

. Les résections-anastomoses en un temps,

. L'oesophagectomie totale, suivie de rétablissement secondaire de la continuité.

I. - LES RESECTIONS-ANASTOMOSES

répondent au souci d'une reconstitution immédiate de la continuité et ne s'adressent en principe qu'aux cancers sous-aortiques.

1) L'OESOPHAGECTOMIE SUB-TOTALE avec anastomose oesogastrique intra-thoracique est surtout utilisée pour les cancers du 1/3 moyen où l'anastomose sous-aortique est impossible.

a) Le problème de la voie d'abord

La discussion reste ouverte entre les partisans de l'oesophagectomie transpleurale gauche, à la suite des travaux de SWEET, GARLOCK, LORTAT-JACOB et ceux de l'oesophagectomie transpleurale droite qui, depuis LEWIS et SANTY conserve de nombreux adeptes (28).

Elle a notre préférence.

- la voie gauche permet une ascension plus directe et plus facile de l'estomac et permet au cours d'une dissection tumorale dominée par le danger vasculaire, un excellent controle de la crosse aortique. Mais, l'abord du médiastin postérieur est considérablement gêné par la saillie de la crosse.

Les thoracophrénolaparotomies gauches donnent un jour considérable, mais sont mutilantes et de réparation laborieuse.

Si bien que, beaucoup préfèrent aujourd'hui une double voie associant une laparotomie suivie d'une thoracotomie sur la 5ème côte gauche.

- La double voie abdominale et thoracique droite

. évite l'incision du diaphragme et de l'arc costal.

. donne un jour considérable sur le médiastin moyen et expose l'oesophage dans sa totalité, permettant des cellulectomies larges et des dissections particulièrement poussées en direction de la face postérieure de la bifurcation trachéale. La mobilisation oesophagienne y est plus facile, sans décroisement aveugle, malgré le risque d'accidents hémorragiques plus difficilement contrôlables.

. le temps abdominal permet la pyloroplastie.

. Quelquefois l'abord thoracique découvre une tumeur inextirpable, rendant le temps abdominal préliminaire inutile : en fait, l'expérience révèle que cette éventualité est rare.

+ la thoracotomie postéro-latérale droite dans le 5ème espace, avec section du col de la 4ème cote permet habituellement une anastomose dans le dôme pleural.

+ la thoracophrénolaparotomie droite (HOLLINGSWORTH) n'a pas d'avantage majeur ; elle est peu utilisée.

b) L'oesophagectomie sub-totale par double voie abdomino-thoracique droite :

. La laparotomie commence par une exploration complète et se poursuit par la gastrolyse qui comporte la section de toutes les attaches épiploïques et péritonéales, la section des vaisseaux courts en conservant la rate, la section des vaisseaux postérieurs et de l'artère coronaire stomachique à son origine.

La vascularisation s'effectue alors par les artères pylorique, gastro-épiploïque droite et le cercle de la grande courbure.

On pratique un curage emportant les ganglions de la faux de la coronaire stomachique, la section des piliers du diaphragme totale à droite, partielle à gauche, une pyloroplastie large après décollement duodénopancréatique qui permettra une meilleure ascension de l'estomac.

. La thoracotomie

L'oesophage est disséqué après résection entre deux ligatures de la crosse de la veine Azygos, puis chargé sur un tracteur.

La tumeur est progressivement libérée, on procède ensuite à l'ablation de tous les groupes ganglionnaires.

La transposition de l'estomac s'effectue simplement par une traction douce, évitant toute torsion.

La section basse peut emporter la grosse tubérosité gastrique et la partie haute de la petite courbure, ce qui permet de compléter l'exérèse de la chaîne coronaire stomachique.

- Lorsque la vascularisation paraît excellente, un simple enfouissement du cardia peut être substitué à cette résection.

- MAILLET (126) préconise l'oesogastrectomie avec tubulisation gastrique en raison du gain de plusieurs centimètres en hauteur, de la réduction du volume de l'estomac transposé et de l'augmentation de l'apport sanguin dans le tube gastrique conservé.

. Quelques points méritent d'être soulignés

- La pyloroplastie est un geste complémentaire indispensable : l'atonie et l'hypersécrétion gastrique, le spasme pylorique secondaires à la dénervation, frappent un estomac plus ou moins dévascularisé, ascensionné dans le thorax où les pressions sont différentes de l'abdomen (187).

En l'absence de pyloroplastie, les troubles de l'évacuation précoces (risque de fistule) ou tardifs, ne sont pas rares puisque LORTAT-JACOB doit pratiquer 31 pyloroplasties secondaires sur 379 résections anastomoses (64), 4 fois sur 109 pour MAGGIL (122).

- Le curage ganglionnaire, la cellulectomie doivent être systématiques, l'aspect macroscopique n'ayant aucune valeur d'orientation.

La fréquence des adénopathies malignes passées inaperçues au chirurgien (46 % pour MAILLARD (124)) justifie un curage de principe des chaînes trachéo-bronchique , latéro-trachéale droite et coronaire stomachique , quel que soit le niveau du cancer.

- L'adhérence aux organes de voisinage est dominée par l'atteinte de l'arbre aérien et de la crosse aortique.

En présence d'une adhérence serrée et lorsque les risques de la dissection sont insurmontables, mieux vaut quelquefois laisser en place une pastille tumorale. Il est alors inutile de poursuivre l'exérèse au-delà des limites du médiastin, étant donné le mauvais pronostic de l'envahissement de l'arbre aérien de l'aorte ou de la plèvre.

Dans nos observations, la dissection dans l'adventice aortique a pu être menée à bien dans 12 cas ; 2 fois il y eut au cours de la dissection une déchirure aortique qu'un clampage latéral permit de suturer.

c) L'oesophagectomie thoracique sub-totale par voie gauche avec DECROISEMENT.

- Les temps sous-phréniques et sous aortiques sont semblables.

- Le décroisement comprend :

. la libération de l'oesophage,

. la mobilisation de la crosse de l'aorte après quelques ligatures artérielles,

. la dissection de la face postérieure de la bifurcation trachéale,

. puis, la plèvre du triangle sus-aortique est ouverte et l'oesophage est décollé de la trachée, permettant la fin de la dissection entre oesophage et aorte et l'anastomose au-dessus ou en avant de l'aorte.

d) L'anastomose

Quel que soit l'abord utilisé, l'anastomose doit être située le plus haut possible, diminuant ainsi les risques de reflux.

Différents types d'anastomoses ont été proposés :

- Selon le mode d'implantation : on distingue

. Les ANASTOMOSES termino-latérales à la SWEET où l'oesophage est implanté sur la face antérieure de la poche gastrique transposée dont la section a été aussitôt refermée.

. Les ANASTOMOSES termino-latérales (OKADA (156)) sur la face postérieure de l'estomac transposé.

. Les ANASTOMOSES termino-terminales pratiquées le plus souvent après tubulisation gastrique (MAILLET).

- Selon le mode de suture s'opposent les partisans

. du monoplan avec points totaux oesophagiens

. et ceux de la classique suture en deux plans.

. LORTAT-JACOB préconise une suture en 3 plans postérieurs et 2 plans antérieurs.

L'exécution de l'anastomose se fait habituellement à points séparés, avec au moins un plan de fil non résorbable.

- Enfin, nombreuses sont les variantes

. visant à créer une dispositif valvulaire empêchant le reflux :

+ anastomose valvulaire de WATKINS

+ anastomose termino-terminale avec invagination de LORTAT-JACOB,

+ fundoplicature (22).

. Visant à protéger l'anastomose GOLDSMITH (71)

L'essentiel étant, pour tous les auteurs (7), (46), (126), de réaliser méticuleusement une anastomose sans aucune traction, en particulier le long de la ligne de suture muqueuse, sur des tranches bien vascularisées, protégée par une aspiration douce.

e) Le problème du drainage est capital au cours de ces cellulectomies.

Un drain pleural de Monod et un drainage médiastinal type Redon sont généralement associés.

L'ouverture accidentelle ou volontaire de la plèvre opposée impose un drainage controlatéral en fin d'intervention.

2) LES OESOGASTRECTOMIES BASSES avec anastomose sous la crosse de l'aorte ne s'appliquent qu'aux cancers du 1/3 inférieur et du cardia.

a) La voie d'abord est aussi discutée

- La thoracotomie gauche du 8ème espace n'est pas suffisante en cas d'exérèse élargies vers le bas,

. si bien que certains lui préfèrent la thoraco-phrénolaparotomie gauche (2).

. La voie combinée abdominale et thoracique gauche est de plus en plus utilisée.

b) L'oesophagectomie basse pour cancer du 1/3 inférieur

- doit être complétée dans l'étage sous-phrénique par l'exérèse du cardia et de la petite courbure avec leurs groupes ganglionnaires et par le sacrifice de la grosse tubérosité lorsque la vascularisation est douteuse.

- L'ouverture de la plèvre droite est ici souvent rendue nécessaire par l'adhérence néoplasique.

- La résection des piliers du diaphragme est quelquefois une nécessité carcinologique.

- La pyloroplastie est indispensable.

- Le mode de rétablissement de la continuité pose ici les mêmes problèmes, (les risques de reflux sont plus importants).

c) L'oesogastrectomie pour cancer du cardia soulève le problème de l'étendue de la section gastrique.

- L'oesogastrectomie polaire supérieure est légitime en cas de tumeur limitée.

- L'oesogastrectomie totale se pratique en deux circonstances :

. de principe pour certains,

. de nécessité lorsque l'extension tumorale ou la diffusion ganglionnaire l'exigent.

La gastrectomie totale peut elle-même être :

. simple, limitée à l'organe et aux chaînes lymphatiques correspondantes,

. ou élargie, par souci d'une exérèse carcinologiquement valable.

Les modalités de rétablissement de la continuité sont semblables à toute gastrectomie totale effectuée par voie abdominale.

II. - L'OESOPHAGECTOMIE TOTALE

- s'impose dans les cancers sus ou rétroaortiques justiciables de l'exérèse ou dans certaines circonstances particulières (gastrectomie antérieure, cancers multiples).

- Elle peut être pratiquée de principe, quelle que soit la localisation, dans le but de réaliser une exérèse maxima en hauteur et une cellulectomie élargie.

L'existence de métastases muqueuses et la fréquence de l'extension néoplasique dans les lymphatiques sous muqueux ont conduit de nombreux auteurs à prôner l'oesophagectomie totale.

Cette attitude méconnait toutefois la fréquence des métastases ganglionnaires abdominales.

Elle impose presque toujours de différer le rétablissement de la continuité.

1) L'OPERATION DE TOREK comprend 3 parties :

- l'oesophagectomie thoracique totale
- l'établissement d'une oesophagostomie cervicale,
- et d'une gastrostomie.

. La thoracotomie droite (pour la plupart) par la 5ème ou 6ème côte permet une oesophagectomie totale avec curage soigneux.

La section supérieure s'effectue au niveau cervico-thoracique.

La section inférieure au niveau du cardia, immédiatement suturé en 2 plans.

. La cervicotomie gauche, le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien permet de récupérer le bout supérieur de l'oesophage et de le suturer aux deux lèvres de l'incision.

. Le temps abdominal permet la gastrostomie et éventuellement la vérification de la suture du cardia.

HOUDART (88) préfère commencer par une exploration abdominale.

2) L'OESOPHAGECTOMIE TOTALE avec rétablissement immédiat de la continuité par pharyngo-gastrostomie est exceptionnellement possible (98)

3) LES OESOPHAGOPLASTIES

Le rétablissement de la continuité après TOREK peut être envisagé secondairement de différentes manières - RUDLER (183).

a) L'emploi du grêle (jéjunum) initialement utilisé, semble actuellement abandonné (PETROV) (163). La brièveté des mésos ne permet qu'exceptionnellement une ascension à la région cervicale en dehors de particularités anatomiques raciales ou d'artifices techniques.

b) Les plasties gastriques sont de deux types :

- Plasties totales (151) de l'estomac transposé par voie présternale ou rétrosternale.

En dehors du Japon, leur emploi est limité par les variations morphologiques et les mensurations défavorables retrouvées chez la plupart des patients.

- La tubulisation de la grande courbure (DAN GAVRILIU) (77).

Le tube gastrique, anisopéristaltique réalisé peut utiliser l'anneau pylorique et un petit segment du duodénum (68). Il est basculé autour d'une charnière formée par le cardia et ascensionné dans la région cervicale par voie présternale ou par une tunnelisation rétrosternale plus directe.

Les avantages sont certains :

. respect de la continuité du tube digestif et meilleure tolérance fonctionnelle,

. bonne vascularisation intrapariétale assurée à partir de l'artère gastroépiploïque gauche,

. absence de risque d'ulcération peptique.

- Les tubes gastriques isopéristaltiques (216) sont abandonnés.

La complexité de la technique, le pourcentagenotable de fistule et de nécrose secondaire tendent actuellement à faire diminuer l'utilisation des transplants gastriques (66).

c) Les plasties coliques ont leur titre d'ancienneté puisque leur utilisation remonte à 1911.

- Les transplants coliques présentent dans leur ensemble de nombreux avantages :

. Les difficultés d'ascension du colon ne sont pas supérieures à celles de l'estomac,

. leur vascularisation est de bonne qualité, toujours appréciée par les clampages d'épreuve.

. leur tolérance fonctionnelle est parfaite,

. leur calibre réduit facilite la transposition.

- Actuellement les plus utilisés, ils font appel à deux procédés :

. Les ILEOCOLOPLASTIES isopéristaltiques,remises en valeur par l'école bordelaise (88), utilisent le colon droit, le caecum, les vingt derniers centimètres de grêle ; le pédicule nourricier est constitué par le pédicule colique supérieur droit.

. Les transplants COLIQUES TRANSVERSES DESCENDANTS sont techniquement plus facilement réalisables et connaissent un regain d'intéret (174) depuis les travaux de BELSEY (18).

La plastie transverse gauche isopéristaltique pédiculisée sur la colique supérieure gauche est longée par l'arcade de Riolan (170).

Le caractère isopéristaltique des transplants coliques est très appréciable dans l'acheminement du bol alimentaire et dans la prévention des régurgitations.

La plastie gauche antipéristaltique, axée sur la colica media est sur le plan fonctionnel, moins bien tolérée.

. le rétablissement de la continuité digestive.

L'implantation inférieure du transplant colique se fait sur la face postérieure de l'estomac, sur le duodénum, ou mieux, à cheval sur le pylore. L'anastomose supérieure peut être immédiate, mais la vitalité douteuse du transplant doit faire retarder cette suture qui sera exécutée secondairement.

d) Le trajet du transplant :

. La voie rétrosternale est la plus utilisée, malgré le risque d'effraction pleurale au cours de la tunnelisation, de diffusion médiastinale en cas de fistule ou de nécrose, de troubles de compression cardiorespiratoire rarement signalés.

. Le trajet présternal sous-cutané est d'exécution plus simple, mais son caractère superficiel et moins direct nuit à sa qualité fonctionnelle et esthétique.

La prudence l'exige lorsqu'un doute subsiste quant à la vitalité du transplant.

. La voie intrapleurale, qui exige une oesophagectomie simultanée aggrave considérablement le risque opératoire et n'est qu'exceptionnellement utilisée en matière de cancer.

e) La succession des différents temps opératoires varie selon les auteurs.

- Pour la plupart : oesophagectomie totale première avec oesophagostomie et gastrostomie (68 - 164 - 184), suivie quelques semaines plus tard d'une oesophagoplastie.

. Les considérations techniques l'imposent en cas de plastie gastrique.

. De toute façon, cette attitude est plus conforme aux exigences carcinologiques.

. Mais, l'oesophagostomie cervicale est difficilement appareillable, malgré les procédés de raccordement à la gastrostomie par des tubes spéciaux, et, outre l'écueil psychologique, le retentissement sur l'état général n'est pas rare.

- DOR (48), VINCENT (211) proposent d'inverser la chronologie des temps opératoires et réalisent d'abord l'oesophagoplastie dans le but de permettre une meilleure préparation psychologique et générale pour l'exérèse, l'intervalle pouvant être comblé par une association radio-chimiothérapique ; mais la moindre complication post-opératoire peut venir retarder, sinon compromettre l'exérèse (1 fois sur 2 pour VINCENT).

- GREGORIE (78) propose une intervention unique associant oesophagectomie et plastie colique selon les modalités suivantes :

laparotomie, puis thoracotomie droite et cervicotomie à deux équipes : le transplant colique gauche étant ascensionné dans le lit oesophagien.

- A l'opposé, la tactique préconisée par NAKAYAMA (154) nécessite 3 temps :

. Exploration abdominale avec curage coeliaque et gastrostomie.

. 1 à 2 semaines plus tard, (après cobaltothérapie concentrée), oesophagectomie totale par voie droite. L'oesophagostomie est connectée au bout de quelques jours à la gastrostomie par un tube externe.

. 6 mois plus tard, en l'absence de récidive, plastie par estomac total préthoracique.

- GUERNSEY (82) adopte une attitude identique, mais il combine les 2ème et 3ème temps.

/ LA SELECTION /

Le choix du traitement comporte deux étapes :

- la sélection du malade,
- le choix de la méthode thérapeutique ou de la tactique opératoire.

Si l'analyse générale impose l'énoncé de certaines règles, il faut considérer qu'en pratique chaque malade pose un cas particulier, compte-tenu non seulement du siège de l'extension du cancer, mais aussi de l'âge et de l'état général.

La sélection s'opère sur l'étude du bilan rigoureux pratiqué devant tout cancer oesophagien ; si la discussion des nombreux critères cliniques et para-cliniques ainsi définis est indispensable, en fait, l'expérience permet de distinguer schématiquement 3 cas.

A. - Il existe une première catégorie de malades auxquels on ne peut à l'évidence proposer une exérèse (RECUSES D'EMBLEE).

Les contre-indications sont de deux ordres :

1) SUR LE PLAN GENERAL

- L'âge est un critère d'appréciation délicat, mais après 75 ans, le risque opératoire paraît bien lourd.

- Les anomalies cardiovasculaires, respiratoires, hépatiques ou rénales peuvent à elles seules justifier le refus ; une insuffisance respiratoire particulièrement marquée est une contre-indication opératoire majeure, à titre plus élevé par exemple qu'une insuffisance coronarienne. De même, la déficience biologique d'un foie cirrhotique "en laparoscopie" est une contre-indication formelle.

- Dans quelques cas, l'état de dénutrition avancé ou de cachexie ne permet pas d'espérer une amélioration.

2) SUR LE PLAN CARCINOLOGIQUE

L'inopérabilité est confirmée lorsque existent :

- des métastases à distance, cliniquement ou radiologiquement décelables,

- des adénopathies palpables,

- un envahissement trachéal ou bronchique avec ou sans fistule.

- une paralysie récurrentielle.

B. - Il existe une seconde catégorie de malades dont le bilan ne révèle aucune contre-indication générale ou carcinologique à l'exérèse.

1) Parmi ces patients qui se situent dans les conditions d'opérabilité à visée curative, quelques uns ne subiront pas l'exérèse de leur tumeur.

- Dès la laparotomie, la découverte de métastases hépatiques ou péritonéales, de masses ganglionnaires coeliaques fixées, rendent l'exérèse illégitime.

- L'inextirpabilité de la tumeur (adhérence insurmontable à l'aorte ou à l'arbre aérien) peut n'être constatée qu'après l'ouverture du thorax, justifiant alors, lorsqu'elle est possible, la confection d'anstomoses oeso-gastriques palliatives.

2) Dans un certain nombre de cas, l'exérèse ne sera possible qu'au prix d'une longue et laborieuse dissection, laissant en place des ganglions manifestement envahis ou un fragment tumoral. Malgré leur caractère incomplet, ces EXERESES PALLIATIVES sont justifiées car elles procurent des survies quelquefois inespérées, toujours de meilleure qualité, plus confortables par la suppression de la dysphagie, par la diminution des douleurs thoraciques.

C. - Enfin, dans une dernière éventualité, il s'agit de CAS LIMITES où la discussion de l'opérabilité à visée curative ne peut être prise que sur la confrontation des données cliniques, biologiques, radiologiques et endoscopiques.

- Sur le plan clinique :

. L'âge physiologique peut être plus avancé que l'âge réel.

. L'association de plusieurs tares peut rendre les suites opératoires incertaines.

. Un état sub-fébrile, la présence de douleurs thoraciques irradiant en ceinture, témoignent souvent de tumeurs étendues ou de médiastinite.

- Sur le plan radiologique :

. Le siège très haut situé, la longueur de la tumeur, ne consacrent pas forcément l'inopérabilité, mais au-delà de 10 cm, l'exérèse s'avère souvent impossible.

Les signes indirects d'envahissement sur les radiographies de profil doivent imposer une prudente réserve.

- Sur le plan endoscopique :

La présence d'un simple refoulement à la bronchoscopie, sans infiltration, ni végétation, relève de tumeurs avancées, d'exérèse parfois possible, mais toujours difficile.

Très souvent, la décision ne sera pas prise d'emblée et ne pourra être envisagée qu'après une préparation minutieuse sous surveillance en milieu chirurgical.

Elle comportera :

. La correction des troubles biologiques éventuels (anémie, hypovolémie, hypoprotéïnémie), l'équilibration d'un diabète.

. Une alimentation hypercalorique adaptée au degré de la dysphagie, au besoin complétée par un apport parentéral.

. Une vitaminothérapie polyvalente.

. Une préparation cardio-respiratoire soigneuse associant la désinfection bronchique, le drainage postural, la gymnastique respiratoire, les tonicardiaques.

Dès lors c'est l'observation quotidienne de l'évolution de tels malades qui dicte la conduite à tenir.

. Quelquefois une transformation spectaculaire de l'état général permet d'envisager une exérèse, bien aléatoire au départ.

. Ailleurs, aucune amélioration ne survient : la dénutrition, l'amaigrissement se poursuivent malgré une alimentation suffisante.
Un petit train fébrile, les dorsalgies persistent, une anorexie totale apparaît alors même que la dysphagie est modérée.

Tous ces signes constituent des éléments de caractère inquiétant chez un malade asthénique adynamique et doivent faire refuser l'exérèse.

D. - LES RESULTATS DE LA SELECTION

Dans notre étude la sélection aboutit aux données suivantes :

Nombre de malades observés : 330

- RECUSES D'EMBLEE : 116
- OPERES A VISEE CURATIVE : 214

TAUX D'OPERABILITE : 64,8 %

- RECUSES EN COURS D'INTERVNETION : 29
- EXERESES : 185

TAUX DE RESECABILITE : 56 %

Ces chiffres appellent quelques commentaires :

1) LE TAUX D'OPERABILITE (malades admis à l'intervention dans un but curatif) est de 64,8 %.

Pour le tiers de nos patients, l'exérèse n'était pas envisageableet un traitement palliatif a dû lui être substitué.

Ce taux, variable selon les modalités du recrutement, est pourtant voisin dans toutes les publications.

46,7 %	pour LAWLER	1969	(108)
52,9 %	pour STEPHEN	1972	(202)
53,7 %	pour COLLIS	1971	(37)
55 %	pour APPELQUIST	1972	(10)
63,8 %	pour SAEGESSER	1963	(185)
65 %	pour HUMPHREY	1968	(89)

2) LE TAUX DE RESECABILITE GLOBALE

Ainsi, 185 exérèses ont pu être pratiquées sur 214 tentatives (soit 86,4 %) pour un total de 330 observations, soit un taux de résécabilité de 56 %.

- La discrète diminution du taux entre la période 1960-1969 (57 %) et 1970-1973 (55 %) tient à l'élargissement de notre recrutement (des malades de plus en plus graves nous sont confiés) et, au fait que nous intervenons moins volontiers dans les cancers de 1/3 supérieur.

- Par contre, nous notons un léger accroissement du pourcentage de résections au cours des tentatives d'exérèses : il passe de 84 à 89 % entre ces deux périodes.

En 1966, ZENKER (219) retrouvait un taux de résécabilité moyenne de 38,4 % dans l'analyse de 6.310 observations de la littérature anglo-saxonne des 10 années précédentes.

Il semble bien que le taux de résécabilité globale soit en augmentation constante et varie autour de 50 % à de rares exceptions près.

. 24 %	APPELQUIST	1972	(701 observations)	(10)
. 37,9 %	NAKAYAMA	1961	(3056 observations)	(151)
. 43 %	BOYD	1967	(713 observations)	(23)
. 45 %	entre 1956 et 1965 pour 748 observations de ELLIS (1970) contre 27 % dans la période antérieure (1946-1955)			(84)
. 48 %	MOUCHET	1966	(297 observations)	(141)
. 48 %	COLLIS	1971	(837 observations)	(37)
. 58 %	KOCK	1967	(146 observations)	(101)
. 55 %	pour GIULI et LORTAT-JACOB 1972 (sur 1.071 opérés)			(64)
. 60 %	LOGAN	1963	(853 observations)	(114)

L'étude du taux de résécabilité en fonction du siège du cancer montre une progression croissante au fur et à mesure que l'on considère une localisation plus basse.

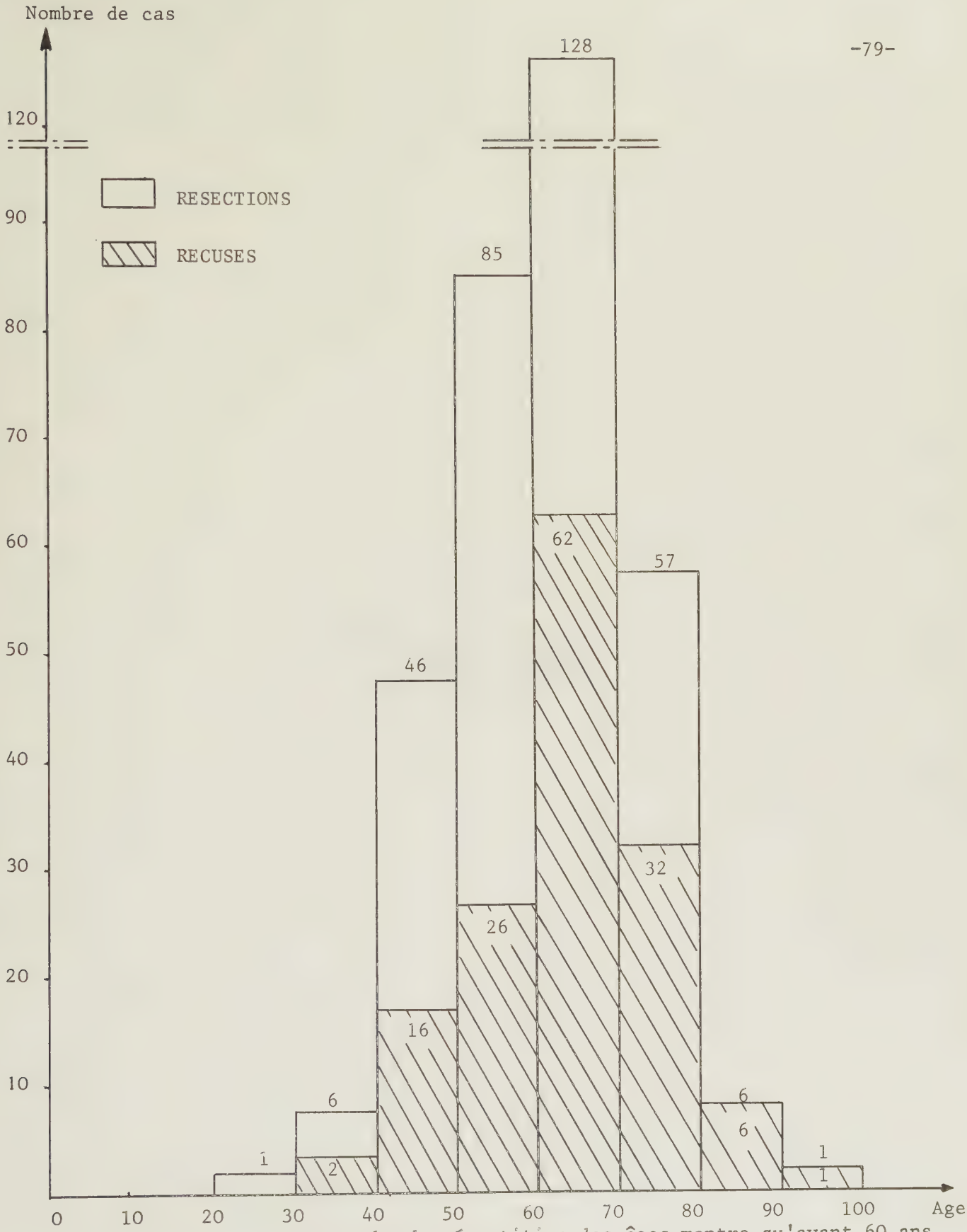
SIEGE DE LA TUMEUR	CAS OBSERVES	CAS OPERABLES	EXERESES	TAUX DE RESECABILITE
SUPERIEUR	30	14	14	46,6 %
MOYEN	154	92	80	51,9 %
INFERIEUR	83	57	47	56,6 %
CARDIA	63	51	44	69,8 %

Ainsi, pour SAEGESSER (185) le pourcentage de résection passe de 38 % pour le 1/3 moyen, à 56 % pour le 1/3 inférieur.

Pour MOUCHET (141) , il passe de 43 % à 62 %

Pour MAILLET (129), ce taux est de 46 % dans le 1/3 moyen.

Mais, pour HUMPHREY (89), il passe à 41 % pour les cancers cardio-oesophagiens.



- La courbe de répartition des âges montre qu'avant 60 ans 69 % des malades peuvent bénéficier de l'exérèse, après 60 ans, seulement 48 % d'entre eux y sont soumis.

CHAPITRE V

LES MALADES RECUSES POUR UNE OPERATION D'EXERESE

A/ - LES MALADES RECUSES D'EMBLEE : 116 CAS

1) Les motifs de l'inopérabilité sont souvent multiples et intriqués, et seule la cause principale a été retenue.

- Causes générales : 41 fois
  - âge 70 ans : 13 fois sur les 28 qui avaient dépassé ce cap.
  - tares générales : 19 fois dont 11 insuffisances respiratoires majeures.
  - cachexie : 9 fois.
- Refus du patient : 2 fois
- Causes carcinologiques : 65 fois
  - Paralysie récurrentielle : 5
  - adénopathies palpables : 10
  - métastases : 21
  - bronchoscopie pathologique : 24
  - fistulisation tumorale : 5
- Localisation au 1/3 supérieur : 8 fois

8 malades sur 30 présentant une localisation au 1/3 supérieur ont fait l'objet d'une abstention de principe.

2) Le geste palliatif pratiqué est variable.

- oesophagoplastie palliative : 3 fois
- anastomose oesogastrique palliative : 9 fois
- gastrostomie isolée : 42 fois
- endoprothèse : 32 fois
- radiothérapie : 20 fois
- traitement médical ou chimiothérapie isolée : 10 fois.

B/ - LES MALADES RECUSES EN COURS D'EXPLORATION CHIRURGICALE : 29 CAS

Ainsi, 86,4 % des malades soumis à l'exploration chirurgicale bénéficient d'une exérèse.

Ce pourcentage très élevé tient à deux raisons :

. la plupart de nos patients ont subi un bilan complet qui permettait de juger de façon la plus précise possible, la résécabilité.

. au cours de l'exploration chirurgicale, nous avons restreint le nombre des contre-indications, réalisant un certain nombre d'exérèses manifestement palliatives, au détriment de la mortalité post-opératoire.

1) Les données opératoires ayant entraîné le refus à l'exérèse sont la découverte :

- de métastases hépatiques : 12 fois,
- d'une carcinose péritonéale avec ascite : 2 fois,
- de ganglions coeliaques volumineux : 5 fois,
- de métastases pulmonaires : 1 fois
- d'un blindage médiastinal : 4 fois,
- d'une tumeur très étendue et fixée : 5 fois.

9 fois sur 29 seulement, ce sont les conditions carcinologiques locales qui ont justifié un geste purement palliatif.

2) Les interventions pratiquées ont été :

- oesophagoplastie palliative : 3 fois
- anastomose oesogastrique palliative : 11 fois
- gastrostomie : 5 fois
- tube de Mousseau : 6 fois
- laparotomie ou thoracotomie exploratrice : 4 fois

A noter que 5 de ces patients avaient subi une irradiation pré-opératoire (3ooo r/t en 12 jours).

C/ - LES RESULTATS

Au total, 145 patients n'ont pas été soumis à l'exérèse.

. 17 sont décédés dans les suites post-opératoires (D.P.O)

. 12 ont été perdus de vue (P.D.V)

- Nous avons calculé la moyenne de survie à partir du début du traitement, pour l'ensemble des sujets (perdus de vue exceptés).

- Le pourcentage global des survivants après 6 mois est de 31 % (64 sur 145) ; après 1 an : 11,6 %.

- 3 malades atteignent une survie supérieure à 2 ans (2 d'entre eux ont été traités par cobaltothérapie).

TRAITEMENT PALLIATIF	NOMBRE DE CAS	D.P.O.	P.D.V.	SURVIE MOYENNE
OESOPHAGOPLASTIE	6	3	—	4 à 5 mois
ANASTOMOSE O.G. PALLIATIVE	20	4	3	5 mois
GASTROSTOMIE ISOLEE	47	6	4	4 mois
MOUSSEAU	13	2	—	2 mois
SOUTTAR	25	2	3	5 mois
INTERVENTION EXPLORATRICE TRAITEMENT MEDICAL	14	—	—	6 mois
COBALT	20	—	2	9 mois

D/ - LES RESULTATS EN FONCTION DE LA METHODE ADOPTEE

1) L'OESOPHAGOPLASTIE PALLIATIVE : 6 cas

a été pratiquée pour des localisations thoraciques hautes (1/3 supérieur : 1, 1/3 moyen : 5), chez des sujets jeunes ou en bon état général.

- Le trajet pré-sternal a été utilisé :

. deux fois pour un transplant colique transverse gauche.

+ Survie 9 et 10 mois.

- Le trajet rétro-sternal a été utilisé :

. deux fois pour un transplant colique transverse gauche.

+ un D.P.O. : insuffisance respiratoire

+ une survie : 8 mois

. deux fois pour une iléocoloplastie :

2 D.P.O ! .fistule cologastrique
! .insuffisance rènale

Si ces interventions sont grevées d'une lourde mortalité, le bénéfice qu'en retirent les survivants est très notable.

Pour certains, malgré le risque de fistule, l'anastomose cervicale doit-être ici pratiquée d'emblée, l'espérance de vie étant limitée chez de tels malades.

Nous préférons pratiquer l'anastomose cervicale dans un 2ème temps, une quinzaine de jours après l'ascension du transplant.

2) LES ANASTOMOSES OESOGASTRIQUES PALLIATIVES : 20 CAS

- Elles sont décidées :

. d'emblée et de façon délibérée : 9 fois

3 D.P.O. par insuffisance respiratoire

. par nécessité, en cours d'intervention : 11 fois

1 D.P.O. par fistule

- Elles ont été pratiquées pour des lésions basses (11 localisations au 1/3 inférieur, 9 au cardia) et si la durée moyenne de survie ne dépasse pas 5 mois, 5 des 13 malades suivis ont eu une amélioration spectaculaire pendant près de 8 mois.

- Si la mortalité opératoire reste très lourde chez les sujets les plus fragiles, la confection d'anastomoses palliatives se justifie donc lorsque l'inextirpabilité de la tumeur est constatée après l'ouverture du thorax.

3) LES TUBES DE MOUSSEAU : 13 CAS

- Ils ont été mis en place dans des lésions du 1/3 moyen (8 cas) et du 1/3 inférieur (5 cas).

- Les deux décès post-opératoires (15,4 %) sont dus à une fistule et à une hémorragie incoercible, probablement secondaires à la mise en place de l'endoprothèse.

- La survie moyenne ne dépasse pas 2 mois 1/2 et un malade sur 2 n'a tiré aucune amélioration de ce traitement.

- Les incidents sont nombreux : migration ou rejet du tube (3 cas), fistule (1 cas).

4) LES TUBES DE SOUTTAR : 25 CAS

Leur utilisation a répondu surtout à des localisations hautes (supérieur : 2 - moyen : 19 - inférieur : 4).

La mortalité secondaire à la mise en place (8 %) et la survie moyenne (5 mois) semblent moins péjoratives que pour le tube de Mousseau, mais les complications sont fréquentes :

- obturation (3 cas)
- migration vers le bas (12 cas)
- fistules (2 cas)
- médiastinite (2 cas)

Elles ont nécessité des tentatives réïtérées et parfois le recours à la gastrostomie (12 fois : soit une fois sur deux).

En fin de compte, sur les 20 patients suivis, seulement 4 ont tiré bénéfice de l'intubation et ont subi une amélioration notable.

5) LA GASTROSTOMIE ISOLEE : 47 CAS

Une intervention aussi minime entraîne une mortalité opératoire de 12,8 % (6 cas sur 47) dans notre série, c'est dire la fragilité des malades auxquels elle s'adresse.

Les causes des décès sont :

- l'évolution de la cachexie (4 cas)
- une hémorragie incoercible par fistulisation aortique (1 cas)
- une bronchopneumopathie (1 cas).

La durée moyenne de survie est de 4 mois, mais nous la réservons aux cas désespérés, où les autres ressources thérapeutiques s'avèrent impossibles pour lutter contre la dysphagie.

6) LE TRAITEMENT MEDICAL : 14 CAS

Les thérapeutiques symptomatiques adjuvantes, la chimiothérapie, peuvent donner quelques améliorations, en général médiocres et de courte durée, chez des sujets en mauvais état ou ayant subi une simple laparotomie ou thoracotomie exploratrice (4 cas).

La durée moyenne de survie (6 mois) est ici faussée par une observation assez spectaculaire de néoplasme à marche lente dont l'évolution spontanée dura 3 ans :

BUTT. J. 80 ans ; dysphagie depuis 3 mois ; adénopathies sus-claviculaires
25/2/69 radiographies : lacune irrégulière du 1/3 moyen, peu sténosante. Oesophagoscopie : à 23 cm lésion bourgeonnante.
Biopsie : carcinome épidermoïde indifférencié.
Bronchoscopie : refoulement majeur de la paroi postérieure de la B.S.G. réduisant la lumière des 2/3

En raison de la gêne fonctionnelle modérée, on refuse le tube de Souttar.

Janvier 1970 : extension des lésions, mais la dysphagie reste modérée.

Mars 1972 : depuis 3 semaines aggravation considérable de la dysphagie avec effondrement de l'état général.
Radiographies : néoplasme étendu de la crosse de l'aorte au cardia.
Gastrostomie le 21/3/74
D.P.O. le 4ème jour, cachexie.

7) LA RADIOTHERAPIE PALLIATIVE : 20 CAS

a été proposée et acceptée par 20 patients récusés d'emblée et présentant des localisations hautes (1/3 supérieur : 6 - 1/3 moyen : 14). La dose totale a varié entre 3500 et 5000 r/t.

Elle offre un gain indiscutable de survie puisque la survie moyenne est légèrement supérieure à celle des autres méthodes : 9 mois (35 % de survie à 1 an, contre 7,1 % à l'ensemble des autres thérapeutiques palliatives).

- sur 18 malades suivis :

  . 3 n'ont tiré aucun bénéfice

  . 15 ont été nettement améliorés pendant une durée moyenne de 8 mois 1/2

  . (deux d'entre eux atteignent une survie confortable supérieure à 2 ans).

DUN...Alexandre, 48 ans
Ethylique, obèse, grand, insuffisant respiratoire - dysphagie intense depuis deux mois.

3/4/68 : oesophagoscopie : 5 cm au-dessous de la bouche oesophagienne, lésion infiltrante circulaire.
Biopsie : carcinome épidermoïde indifférencié, de siège muqueux, sans envahissement du chorion sur les coupes examinées.
Télécobaltothérapie : 4000 r/t : disparition de la tumeur ; muqueuse souple à l'endoscopie, amélioration fonctionnelle considérable.

Juin 1970 aggravation progressive de la dysphagie depuis 2 mois.
Gastrostomie
Décembre 1970 amaigrissement de près de 50 kg - cachexie.
Décès par hémorragies incontrolables.

DA... Jean, 58 ans
Polyvasculaire (endartériectomie iliaque), coronarien, éthylique majeur, dysphagie depuis 4 mois.
Radiographies : image lacunaire du défilé cervico-thoracique
Fibroscopie : bourgeon irrégulier, hémorragique à 20 cm.
Biopsie : carcinome épidermoïde différencié
Mars 1970 : télécobaltothérapie : 5000 r/t : amélioration fonctionnelle progressive et régression des signes radiologiques.
Septembre 1971: disparition totale de la dysphagie.
Décès le 30 Avril 1972 (appris par le Maire)

L'utilisation de la radiothérapie n'est certes pas dépourvue de complications puisque nous notons :

. 5 fistules certainement favorisées par l'irradiation,

. 2 hémorragies terminales.

La gastrostomie a été secondairement pratiquée à 11 reprises :

. 2 fois en raison de l'échec de la méthode

. 5 fois pour la survenue d'une fistule

. 4 fois pour la récidive tardive des troubles dysphagiques

A la lumière de ces observations, il nous paraît justifié de refuser la radiothérapie :

. aux sujets cachectiques et fébriles ou présentant une bacillose évolutive.

. aux cancers très étendus

. aux formes térébrantes avec fissuration visible à la radio, ou aspect pathologique à la bronchoscopie.

Dans ces cas, le simple traitement médical ou une gastrostomie semblent apporter de meilleurs résultats sur la qualité de la survie.

La contre-indication peut être plus nuancée lorsqu'il s'agit de localisationstumorales doubles, de formes métastatiques, de formes douloureuses : l'irradiation peut apporter quelquefois un confort que ne permettent pas d'espérer les autres méthodes palliatives (anastomoses oesogastriques exceptées).

SURVIE DES MALADES RECUSES

THERAPEUTIQUE UTILISEE	NOMBRE TOTAL DE CAS	NOMBRE DE CAS SUIVIS	NOMBRE DE SURVIVANTS						
			3 mois	6 mois	9 mois	1 an	18 mois	2 ans	3 ans
MOUSSEAU	13	11	5	—					
SOUTTAR	25	20	12	7	6	3	—		
GASTROSTOMIE ISOLEE	47	37	24	15	3	2	—		
OESOPHAGOPLASTIE	6	3	3	3	2	—			
ANASTOMOSE OESO-GASTRIQUE	20	13	10	5	3	3	—		
TRAITEMENT MEDICAL	14	14	6	5	4	1	1	1	1
RADIOTHERAPIE	20	18	16* 1 vivant	11	7	7	2	2	—
TOTAL	145	116 17 DPO 11 PDV		31%		11%		2 %	

* Actuellement, tous les malades suivis sont décédés, sauf un dont le recul est de 6 mois.

CHAPITRE VI

LA TACTIQUE OPERATOIRE DANS LES EXERESES

Les patients admis à l'intervention dans un but curatif peuvent bénéficier des différentes techniques d'exérèses citées plus haut.

Le choix de la tactique opératoire est, nous le verrons, essentiellement fonction du siège de la tumeur.

Pourtant, ce choix peut se faire "de principe" entre deux méthodes :

* l'oesophagectomie totale avec rétablissement secondaire de la continuité par oesophagoplastie.

* la résection oesophagienne avec anastomose oesogastrique d'emblée.

- Pour de nombreux auteurs, l'oesophagectomie thoracique totale est actuellement considérée comme le seul geste de chirurgie radicale, au moins pour les tumeurs du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen.

. Elle permet des exérèses élargies en hauteur qui dépassent la marge de sécurité, parfois insuffisante des 5 centimètres. Elle diminue ainsi le risque de laisser en place des îlots néoplasiques au niveau de la tranche de section supérieure ou inférieure. Mais pour beaucoup, l'amputation est plus apparente que réelle et pour amener et suturer l'oesophage au niveau de la cervicotomie, la section oesophagienne doit porter au moins au niveau de la jonction cervico-thoracique, sinon plus bas (LORTAT-JACOB).

. Dans le but d'éliminer le risque d'exérèses insuffisantes en hauteur, certains ont proposé de lui associer l'ablation de l'oesophage cervical, réalisant dans des cas exceptionnels une anastomose pharyngo-gastrique d'emblée (98).

. D'autres, (HOUDART (88)), pratiquent systématiquement un curage de la chaine ganglionnaire coronaire stomachique, associé ou non à une gastrectomie partielle, voire même à une gastrectomie polaire supérieure vraie (SCANLON (189)).

- Dans la totalité des cas, ou presque, l'oesophagectomie totale impose un rétablissement de la continuité dans un deuxième temps :

. Mais, beaucoup de partisans de l'oesophagectomie totale pensaient que la succession des différents temps diminuait le risque opératoire chez les sujets fragiles ou insuffisants respiratoires.

L'expérience a montré qu'il n'en était rien, et (pour NAKAYAMA excepté), la mortalité semble plus importante après torek qu'après résection anastomose. D'ailleurs comment, la multiplicité d'actes opératoires successifs, et tout de même importants, peut-elle, chez des sujets tarés, diminuer le taux de mortalité ?

. Ainsi, de nombreux auteurs restés fidèles à l'oesophagectomie totale, pratiquent dans la même séance opératoire, oesophagectomie et oesophagoplastie (GREGORIE (78), GUERNSEY (81)) ; mais il s'agit là d'interventions longues et choquantes.

. NAKAYAMA (154) lui-même, associe souvent les 3 temps ou les 2 premiers temps de son protocole opératoire.

- L'oesophagectomie totale, suivie d'oesophagoplastie pré ou rétrosternale a le mérite d'exclure toute anastomose "intra-thoracique", diminuant, lorsqu'elles surviennent, la gravité des fistules anastomotiques. Mais la nécrose de l'oesophagoplastie n'est pas un accident rare et elle reste grave ; elle pose en cas de survie le difficile problème de la reconstitution de la continuité du tube digestif.
Les fistules cervicales salivaires sont habituellement bénignes, mais elles sont néanmoins fréquemment notées.

- Enfin, la chirurgie en plusieurs temps augmente considérablement la durée moyenne d'hospitalisation de malades dont l'espérance de vie reste souvent limitée.

. Elle impose à ces sujets la pénible épreuve de la gastrostomie et surtout de l'oesophagostomie cervicale (difficilement appareillable) qui reste une des infirmités les plus graves et les plus mal tolérées.

. Dans un nombre de cas non négligeable, l'oesophagectomie ne pourra être suivie de rétablissement de la continuité du tube digestif par oesophagoplastie : l'altération de l'état général secondaire au torek ne permet pas toujours d'envisager ce geste, condamnant les patients à une fin encore plus dramatique.

- La lecture de la plupart des publications montre que les résultats éloignés des oesophagectomies totales sont loin d'être supérieurs à ceux des oesogastrectomies.

Si bien qu'actuellement, de nombreux auteurs reviennent aux résections-anastomoses oesogastriques intra-thoraciques en un temps et ne réservent l'oesophagectomie totale qu'à des indications de nécessité.

C'est l'attitude qui a été adoptée dans le Service de notre Maître E.C. SAUBIER.

A/ - LES METHODES UTILISEES

Elles ont été :

+ l'opération de Torek : 18 fois
+ l'oesophagoplastie secondaire : 11 fois
+ la résection-anastomose oesogastrique intra-thoracique : 167 fois

1) L'OPERATION DE TOREK : elle a été pratiquée 18 fois.

a) La voie d'abord : nous sommes restés fidèles à la thoracotomie postéro-latérale droite dans le 5ème espace dans 17 cas.
L'oesophagostomie est pratiquée par une cervicotomie gauche ; une courte incision abdominale permet la gastrostomie (l'utilisation des sondes en silicone nous a paru être un progrès). Il peut être utile de vérifier la suture du cardia par la laparotomie.
Une seule fois nous avons utilisé la voie thoracique gauche qui a donc imposé le décroisement pour une tumeur du 1/3 supérieur de l'oesophage.

b) Les indications : l'oesophagectomie totale a répondu à des indications de nécessité dans presque tous les cas : 14 fois sur 18.

. Soit pour des raisons locales (11 cas) : le siège très haut situé de la tumeur ne permettait pas le rétablissement de la continuité par anastomose sus-aortique dans de bonnes conditions (10 tumeurs du 1/3 supérieur, 1 tumeur du 1/3 moyen étendue en arrière et au-dessus de la crosse aortique).

. Les antécédents chirurgicaux : 2 cas

Une gastrectomie antérieure supprimait toute possibilité d'anastomose oeso-gastrique.

MUR... Auguste, 47 ans - 1946 : gastro-duodénectomie pour ulcère duodénal.
1966 : dysphagie - amaigrissement : 16 kg.
Rx : image lacunaire irrégulière du 1/3 moyen.
Oesophagoscopie : bourgeon irrégulier et ulcéré à 24 cm
Biopsie positive.
Bronchoscopie normale.
Cobalt pré-opératoire : 3500 r/t en 20 jours - aggravation de la dysphagie.

11 jours plus tard : 23/12/66 : oesophagectomie totale par thoracotomie droite - oesophagostomie cervicale - gastrostomie.
Carcinome épidermoïde indifférencié très remanié par l'irradiation - ganglions thoraciques sains - tranches de section saines.

SPO : simples

3/4/67 : iléocoloplastie presternale - nécrose du fond coecal
D.P.O. au 67 ème jour.

BES... Roger, 46 ans : Dragstedt - antrectomie pour ulcère pylorique le 5/3/69
Dysphagie 3 mois plus tard.
Rx : néoplasme du 1/3 moyen
Oesophagoscopie : tumeur ulcéro-végétante - biopsie positive
Cobalt pré-opératoire : 3000 r/t en 12 jours - délai 10 jours.
29/8/69 : oesophagectomie totale par thoracotomie droite - oesophagostomie cervicale - gastrostomie.
Carcinome épidermoïde différencié - tranche de section supérieure envahie par la tumeur.
Suites simples.
28/10/69 : oesophagoplastie par transplant colique gauche rétrosternal après recoupe oesophagienne qui confirme l'envahissement de l'oesophage cervical - D.P.O. au 40ème jour : nécrose totale du transplant colique.

. Une complication peut imposer l'oesophagectomie totale :

C'est le cas d'une perforation médiastinale de l'oesophage cancéreux secondaire à l'oesophagoscopie.

DEL ... René, 47 ans
Dysphagie depuis 2 mois.
Rx : sténose excentrée du I/3 moyen.

Oesophagoscopie : image suspecte à 30 cm - Biopsie

Le soir même, douleurs abdominales et thoraciques.

Le lendemain une Rx après opacification barytée prudente montre une perforation médiastinale.

En urgence, le 11/9/70 : oesophagectomie totale oesophagostomie et gastrostomie (voie droite). La perforation siège en regard de la tumeur sur la moitié saine de l'oesophage - trajet en baïonnette

Carcinome épidermoïde - ganglions sains.

Suites simples.

25/5/71 : oesophagoplastie par transplant colique transverse gauche rétrosternal.

Suites simples.

Revu en 1972, puis en Décembre 1973 : va très bien - excellent état général.

Dans les 4 autres cas, il s'agit d'indications d'opportunité :

+ 2 fois, la présence de tares importantes (insuffisance respiratoire et cirrhose) fit préférer l'intervention en deux temps, dans l'espoir de diminuer la gravité du geste opératoire.
La survie après oesophagoplastie fut de courte durée dans les deux cas (4 mois).

+ 2 fois, le jeune âge et l'état général bien conservé paraissaient autoriser devant des tumeurs étendues, une exérèse plus large ver le haut et permettaient d'espérer une chirurgie plus carcinologique (1 D.P.O. et une survie à 8 mois).

Notons que ces quatre observations sont anciennes et ne répondent pas à notre tactique actuelle.

c) Les gestes associés

Une seule fois le Torek a été complété par une gastrectomie polaire supérieure : il s'agissait d'une tumeur du I/3 inférieur et tous les ganglions intertrachéobronchiques et coronaires stomachiques étaient envahis.

d) Le rétablissement de la continuité par oesophagoplastie a pu être pratiqué 11 fois sur 18.

+ Transplant colique transverse gauche rétrosternal : 10 fois.

+ Iléocoloplastie présternale : 1 fois.

Actuellement nous aurions tendance à différer, ainsi que de nombreux auteurs, l'anastomose oesocolique dans la crainte d'une nécrose du transplant ou d'une fistule salivaire cervicale qui peut alors fuser vers le médiastin.

La gastrostomie est fermée secondairement, lorsque l'obturation n'est pas survenue spontanément.

7 fois sur 18, l'oesophagoplastie n'a pu être pratiquée :

+ 4 fois en raison du D.P.O. après torek

+ 3 fois les suites furent simples, mais l'apparition rapide de métastases pulmonaires (décès 3ème mois), de métastases vertébrales (décès 6ème mois), ou l'évolution de la cachexie à partir du 4ème mois (décès 8ème mois), empêchèrent le rétablissement de la continuité digestive.

e) L'intervalle entre l'oesophagectomie et l'oesophagoplastie est variable

Dans notre expérience, le délai est :

+ inférieur à 2 mois : 2 fois
+ de 3 mois : 6 fois
+ de 4 mois : 2 fois
+ de 8 mois : 1 fois

Les deux oesophagoplasties précoces furent motivées par le souci de donner rapidement le confort à une exérèse palliative, et par le mauvais fonctionnement de la gastrostomie. Nous préférons pratiquer la plastie autour du 3ème, 4ème mois. La succession de lourdes interventions à quelques semaines d'intervalle nous paraît trop dangereuse. En cas de phénomènes infectieux sévères, au cours de la première intervention, ce délai peut être retardé.

2) LES RESECTIONS ANASTOMOSES

Elles ont été pratiquées dans la majorité des cas : 167 fois sur 185.

Elles ont l'avantage de rétablir immédiatement la continuité et de ne comporter qu'une seule anastomose, au lieu de 3 anastomoses nécessaires aux plasties coliques.

Les problèmes particuliers seront étudiés à propos de chaque localisation.

B/ - LA REPARTITION DES INTERVENTIONS SELON LA LOCALISATION TUMORALE

SIEGE	NOMBRE D'EXERESES	TOREK	R. ANASTOMOSES	IRRADIATION PREOPERATOIRE
SUPERIEUR	14	10*	4	9
MOYEN	80	7	73**	33
INFERIEUR	47	1	46	6
CARDIA	44	—	44	—

- Décroisement : 3 cas

1) LES TUMEURS DU 1/3 SUPERIEUR : (14 CAS) (tumeurs situées au-dessus d'un plan passant par le bord supérieur de la crosse aortique).

Classiquement, le cancer de l'oesophage supérieur n'est pas un cancer chirurgical, et pour cette localisation, de nombreux auteurs refusent actuellement l'exérèse et préconisent l'emploi de la radiothérapie (MOUCHET (141), PEARSON (162), ROHART (181)) à visée curative.

L'épithélioma oesophagien est une tumeur radiosensible, mais guère radiocurable et la survie moyenne des malades soumis à ce traitement dépasse rarement 9 à 10 mois.

Les survies à un an sont peu nombreuses (SOUMENKOFF (197)).

Les survies à 5 ans sont exceptionnelles.

C'est pourquoi, malgré la lourde mortalité opératoire, nous ne refusons pas systématiquement l'exérèse, chaque fois qu'elle ne paraît pas démesurée.

Ainsi, sur 30 cancers de l'oesophage supérieur, 14 ont pu être explorés et réséqués, soit près d'un cas sur deux.

a) Dans ces cas, l'intervention en deux temps est le plus souvent une nécessité opératoire et nous avons pratiqué 10 fois une oesophagectomie totale avec oesophagostomie et gastrostomie (1 décroisement).

b) 4 cancers du 1/3 supérieur ont pu subir une résection-anastomose oesophagogastrique par double voie abdominale et thoracique droite. Une gastrolyse, suffisamment poussée et un large décollement duodéno-pancréatique permettent souvent une ascension correcte de l'estomac et une anastomose au sommet du thorax, voire même dans le cou.

BESS... Emile, 64 ans
Oesophagoscopie : lésion infiltrante à 20 cm - Biopsie +
Excellent état général.

On hésite à pratiquer une intervention en deux temps.

7/10/70 : laparotomie - gastrolyse - pyloroplastie - décollement duodéno-pancréatique - curage ganglionnaire. Thoracotomie postéro-latérale droite dans le 4ème espace.
Libération d'une tumeur sus-aortique, adhérente à la trachée - ganglions récurrentiels envahis - dissection difficile qui conduit pratiquement dans le cou.

Oesophagectomie thoracique totale - anastomose oesogastrique termino-latérale en 2 plans, de réalisation très difficile (au niveau de la jonction cervico-thoracique).

Pièce : carcinome épidermoïde infiltrant, ne dépassant pas l'adventice, mais ganglions latérotrachéaux envahis Recoupe à 1 cm de la tumeur : saine.

S.P.O. : simples

17/4/71 : va bien - a repris 8 kg.

27/8/73 : après un excellent confort digestif de 3 ans, apparition de ganglions sus-claviculaires.

Fibroscopie : récidive intra-luminale

Jéjunostomie en Y

12/11/73 : état général médiocre.

Dans les cancers haut situés, l'indication de résection-anastomose en un temps exige une étude soigneuse des données radiologiques ; l'appréciation endoscopique du siège du cancer n'a que valeur d'orientation.

Le risque de pratiquer une résection insuffisante en hauteur, est plus important en cas de résection-anastomose, et sur 3 cas examinés, nous notons une fois une tranche de section supérieure envahie, mais dans ce cas, la survie actuelle est de 3 ans.

CHAB... Paul, 44 ans.
Néoplasme sus-aortique à 20 cm - lésion ulcéro-végétante.

Biopsie +

Radiothérapie : 3000 r/t en 12 jours, bien supportée délai 8 jours.
L'indiscipline de ce jeune sujet (éthylique) conduit à pratiquer une intervention en un temps.

1/6/70 : Oesophagectomie thoracique sub-totale avec anastomose oesogastrique termino-latérale sus-aortique en 2 plans.

Pièce : carcinome épidermoïde très remanié par l'irradiation - ganglions sains - la recoupe supérieure passe à un cm de la tumeur : elle est le siège de travées tumorales.

S.P.O. : insuffisance respiratoire qui nécessite une trachéotomie et la ventilation assistée pendant un mois - finalement amélioration.

23/9/70 : va bien - oesophagoscopie : R.A.S.

23/II/73 : a repris 24 kg - alimentation normale - travaille depuis deux ans.

La pyloroplastie a été pratiquée dans les 4 cas ; une splénectomie d'hémostase a été nécessaire.

Les résections anastomoses sont donc possibles pour les cancers du 1/3 supérieur et pour sa part, LORTAT-JACOB (64) en rapporte 7 cas (dont 5 décroisements) pour 21 torek.

c) Nous n'avons pas rencontré de cancers cervicaux vrais. Ils posent, eux aussi le problème de la reconstruction digestive.
Celle-ci est exceptionnellement pratiquée en un temps par anastomose oesogastrique. Les plasties coliques sont le plus souvent utilisées.
Lorsqu'ils siègent au contact de l'hypopharynx, les résections localisées avec plasties cutanées type WOOKEY (215) ou avec lambeaux pédiculés, peuvent être employées.

Mais ces techniques sont très mutilantes et nécessitent plusieurs temps opératoires.

Plus rarement ont été proposés des greffons viscéraux revascularisés, en particulier coliques (34), (125), (152).

Mais le segment cervical reste peu chirurgical et la radiothérapie est le plus souvent préconisée (BURDETTE (26), SWEET (204)).

2) LES TUMEURS DU 1/3 MOYEN : (80 CAS)

C'est pour cette localisation que la discussion entre les partisans de l'oesophagectomie totale et ceux des oesogastrectomies, a été la plus ouverte.

Actuellement, le déclin de l'oesophagectomie totale est net. LORTAT-JACOB y renonce (64), en dehors des cas de nécessité.

Sur nos 80 exérèses, le choix de l'opération de torek s'est imposé par nécessité 4 fois sur 7, (gastrectomie antérieure, perforation médiastinale de l'oesophage, extension au-dessus de la crosse aortique).

L'intervention la plus pratiquée a donc été la résection suivie d'anastomose oesophagogastrique sus-aortique : 73 fois.

a) La laparotomie médiane

Elle permet la gastrolyse, le curage coeliaque ; le décollement duodéno-pancréatique fréquemment réalisé gagne de la mobilité et augmente les possibilités d'ascension gastrique au sommet du thorax.

La pyloroplastie a été systématique dans les cancers du 1/3 moyen.

Au cours de la gastrolyse, nous ménageons la rate ; dans 3 cas seulement, une blessure splénique occasionnée lors de la section des vaisseaux courts, a imposé la splénectomie.

b) La thoracotomie

Dans presque tous les cas, nous avons pratiqué la résection-anastomose par thoracotomie postéro-latérale droite, dont nous avons discuté les avantages.

La voie thoracique gauche a été choisie dans 3 cas :

- deux fois, il s'agissait de tumeurs volumineuses dont l'extension anatomique se prolongeait vers le bas. L'adhérence aortique fut notée dans les deux cas.

Le décroisement s'effectua sans problème particulier.

- dans le troisième cas, il s'agissait d'une malade de 31 ans, qui présentait une inversion viscérale totale.

c) L'étendue de l'exérèse vers le bas

La section inférieure porte habituellement au niveau du cardia ou de la partie supérieure de l'estomac, après avoir recoupé le coronaire stomachique sur la petite courbure, un peu au-dessus de son point d'implantation, et avoir dépouillé l'estomac sur 2 à 3 cm.

Toutefois, à 8 reprises, l'oesophagectomie s'est accompagnée d'une gastrectomie polaire supérieure vraie :

- pour compléter le curage ganglionnaire dans les cas où l'examen extemporané avait affirmé la présence d'un envahissement ganglionnaire (4 fois).

- par sécurité en raison de la vitalité douteuse de la partie supérieure de l'estomac (3 fois).

- pour réduire le volume de la poche gastrique transposée (1 fois).

d) L'anastomose

- L'anastomose oesogastrique termino latérale selon SWEET sur la face antérieure de l'estomac a été réalisée 66 fois.
L'anastomose est faite en deux plans : le premier plan postérieur d'adossement est bâti, les organes restant à distance.
Nous utilisons des points séparés de soie noire 00 sertie sur des aiguilles atraumatiques rondes demi-courbes.

- L'anastomose oesogastrique termino-terminale a été plus rarement pratiquée.

e) L'étude de la tranche de section a été faite 51 fois.

8 fois (15,6 %) l'examen histologique y découvrit des travées tumorales :

. sur la recoupe supérieure : 5 fois (1 torek)

. sur la recoupe supérieure et inférieure : 1 fois

. sur la recoupe inférieure : 2 fois.

3) LES TUMEURS DE L'OESOPHAGE INFERIEUR ET DU CARDIA

L'unanimité est faite aujourd'hui sur la conduite à adopter devant les tumeurs de la terminaison de l'oesophage thoracique, de l'oesophage abdominal et du cardia ; et tous les auteurs, ou presque, utilisent actuellement les oesogastrectomies suivies d'anastomoses oesogastriques par voie transpleurale gauche.

a) Pour le 1/3 inférieur de l'oesophage proprement dit :(47 CAS) nous avons pratiqué :

- une opération de torek avec gastrectomie polaire supérieure, suivie de plastie colique.

- 46 résections-anastomoses.

Parmi les résections-anastomoses, nous notons :

- 2 oesophagectomies thoraciques sub-totales avec gastrectomie polaire supérieure, par double voie abdominale et thoracique droite, et anastomose oesogastrique sus-aortique.

Dans les deux cas, l'extension de la tumeur de siège inférieur, ne permettait pas une anastomose sous-aortique.

Afin de pratiquer une exérèse au-delà de la limite de sécurité, certains auteurs préconisent même de réaliser systématiquement une anastomose sus-aortique, dès que la tumeur oesophagienne est de siège strictement thoracique ; les troubles liés au reflux en seraient par ailleurs diminués.

- 44 oesophagectomie basses avec gastrectomie polaire supérieure et anastomose sous-aortique.

. Les voies d'abord ont été variables :

+ thoracophrénolaparotomie gauche : 1 cas
+ thoracotomie gauche : 20 cas
+ double voie abdominale et thoracique gauche : 23 cas.

Nous réservons la voie thoracique gauche aux insuffisants respiratoires, ou lorsque l'état général est précaire. Dans les autres cas, nous préférons une double voie abdominale et thoracique gauche qui donne un jour meilleur pour la gastrolyse, la pyloroplastie et le curage ganglionnaire.

Enfin, lorsque l'exérèse s'avère impossible, la gastrolyse préalable permet la réalisation simple et rapide d'une anastomose palliative oesogastrique sus-tumorale.

. L'extension des lésions a imposé :

+ 2 splénopancréatectomies gauches
+ 1 splénectomie

. Nous avons pratiqué 5 splénectomies d'hémostase.

. La pyloroplastie a été systématique en dehors des thoracotomies gauches, où elle n'a pu être pratiquée que 13 fois sur 20.

. Le mode d'anastomose oesogastrique a été :

+ soit termino-terminal : 32 fois
+ soit termino-latéral : 14 fois

La suture a été pratiquée le plus souvent en 2 plans.

. Les tranches de section ont été étudiées 19 fois :

4 fois, la tranche de section supérieure était le siège d'un envahissement.

b) Pour les cancers du cardia : (44 CAS)

- Nous pratiquons habituellement une oesophagectomie basse avec gastrectomie polaire supérieure (GARLOCK (58)), identique à celle pratiquée pour les cancers du 1/3 inférieur (39 fois).

. la voie d'abord a été :

+ une double voie abdominale et thoracique gauche : 22 fois.

+ une thoracotomie gauche : 14 fois.

+ une laparotomie : 3 fois, des conditions anatomiques favorables et la large résection des deux piliers du diaphragme nous ont permis une résection oesophagienne suffisante et une anastomose oesogastrique par voie abdominale.

. Les exérèses ont dû être élargies et nous avons pratiqué dans le même temps :

+ 6 splénopancréatectomies gauches

+ 1 résection hépatique gauche partielle

+ 13 splénectomies.

. La pyloroplastie a été presque systématique (30/39).

. L'anastomose oesogastrique a été le plus souvent termino-terminale (31 fois), ou termino-latérale (8 fois).

- Le problème de la gastrectomie totale reste discuté pour les cancers du cardia :

non pas lorsque les conditions carcinologiques locales exigent une gastrectomie totale élargie, de nécessité,

mais pour les petites tumeurs limitées du cardia, où certains préconisent, malgré le risque opératoire supérieur, une gastrectomie totale de principe (LORTAT-JACOB (65)).

Nous avons pratiqué 5 gastrectomies totales de nécessité : elles ont été trois fois élargies par splénopancréatectomies gauches.

Le mode de rétablissement de la continuité a fait appel :

+ à une anastomose oesojéjunale sur anse en Ω trans-mésocolique : 3 fois.

+ à une interposition jéjunale (HENLEY) : 2 cas.

C/ - EXERESES RADICALES ET EXERESES PALLIATIVES

L'indication thérapeutique et le choix du procédé opératoire sont sous la dépendance d'un certain nombre de facteurs, et avant tout, de l'extension de la tumeur.
Mais un principe nous paraît essentiel : il faut opérer et réséquer la tumeur chaque fois qu'on le peut ; c'est dans l'état actuel de nos connaissances, la seule chance de guérison que l'on puisse offrir à ces patients, même si elle paraît minime sur l'ensemble des cas.

L'extension locale à l'aorte, à l'arbre aérien, à la plèvre, au diaphragme, la découverte de métastases ganglionnaires inextirpables, pourraient, à priori, faire renoncer à l'exérèse et faire pratiquer une intervention palliative, ou une irradiation secondaire.

Comme la plupart des auteurs, nous pensons que les indications des exérèses délibérément palliatives doivent être poussées au maximum, dans le seul but d'éviter les inconvénients de l'évolution locale de la tumeur : car laissé à lui-même, le cancer oesophagien est rapidement fatal et ses symptômes sont si désespérants que la chirurgie d'exérèse palliative est justifiée. Si l'envahissement d'un organe voisin semble interdire ou presque tout espoir de guérison, les survies qu'elle procure sont plus confortables et de durée parfois imprévisible.

Ainsi, deux types d'exérèses sont à considérer :

- les exérèses curatives, à prétention radicale,
- les exérèses palliatives.

En fait, la distinction est complexe, car la définition même du caractère radical ou palliatif est très variable, comme semblent le prouver les taux respectifs des différents auteurs. Dans la littérature le taux d'exérèses palliatives varie entre 15 % (136), (217) et 70 % (129) sur l'ensemble des résections, et de nombreuses définitions sont proposées.

- Pour MAILLET (150) les critères exigés pour classer une tumeur dans les exérèses radicales sont les suivants :

. To ou Tl

. aucune adhérence aux tuniques externes

. No ou ganglions enlevés et non envahis

. tranche de section non envahie

. nette diminution ou disparition de la tumeur après Cobalt.

Il dénombre ainsi 25 % d'exérèses à prétention radicale.

- JOHANSSON (94) propose une classification des résections :

Résections radicales :

I. pas de ganglions thoraciques apparents ou envahis

Résections palliatives :

II. ganglions thoraciques envahis

III. ganglions abdominaux envahis

IV. ganglions thoraciques et abdominaux envahis

V. adhérencesou envahissement des organes voisins.

Ces classifications sont fondamentales pour des études comparatives précises, et elles ont le mérite de laisser apparaître pour les exérèses curatives, des résultats prometteurs sur le plan de la survie. Mais elles sont très larges dans l'appréciation du caractère palliatif de la résection.

- Pour notre propre étude, nous n'avons classé dans les exérèses palliatives, que les tumeurs :

. dont l'adhérence aux organes voisins fut histologiquement reconnue,

. dont un fragment ou des ganglions inextirpables furent délibérément laissés en place, en raison des dangers vitaux qu'entraînait leur dissection.

Certes, cette définition est très criticable, car elle méconnaît de nombreuses données histologiques (tranches de section, extension en épaisseur, etc ...), mais nous avons préféré étudier séparément le pronostic en fonction de chacun de ces paramètres. Une telle classification répond presque exclusivement aux données macroscopiques observées par le chirurgien en cours d'intervention.

En pratique, le problème intéressant est de savoir si l'exérèse palliative ainsi définie apporte de meilleurs résultats immédiats et lointains que les méthodes purement palliatives.

Nous envisagerons au Chapitre des résultats, la légitimité de ces exérèses palliatives.

Sur 185 exérèses, 46 peuvent être considérées comme palliatives, soit près de 25 % des cas seulement :

6 sur 14 au 1/3 supérieur

23 sur 80 au 1/3 moyen

8 sur 47 au 1/3 inférieur

10 sur 44 au Cardia.

D/ - L'ASSOCIATION RADIO-CHIRURGICALE

Préconisée par NAKAYAMA, 1961, (151), puis par AKAKURA, 1965, (5), l'irradiation pré-opératoire est actuellement utilisée par de nombreux auteurs.

Nous y avons eu recours dans 53 cas, l'exérèse ayant été possible 48 fois.

Les premières tentatives de notre série débutent en 1966. L'irradiation préopératoire avait alors été décidée dans le Service, à la suite d'un séjour au Japon de notre Maître E.C. SAUBIER.

Il avait pu observer la tactique et noter les premiers résultats flatteurs de Y. AKAKURA.

La technique utilisée au début a été poursuivie et nous n'avons pas l'expérience de l'irradiation concentrée préopératoire proposée depuis par NAKAYAMA et pratiquée par certains auteurs (59), (180).

1) LA CONDUITE DE LA TELECOBALTHERAPIE

Nos malades ont reçu une dose totale de 3000 r/t (500 rads par jour, 5 jours par semaine, en 2 semaines) - (notons que les effets de cette dose sont équivalents à ceux produits par 3800 r/t distribués en 19 séances de 200 rads).

Le délai entre la fin de l'irradiation et l'exérèse est de 10 jours.

Dès la fin du traitement, nous pratiquons systématiquement des radiographies pulmonaire et oesophagienne, à la recherche d'éventuelles complications, et afin de juger des effets sur la sténose tumorale.

2) LES INDICATIONS

Elle a été proposée :

- aux cancers du 1/3 supérieur : dans la majorité des cas : 9 fois sur 14 exérèses.
- aux cancers du 1/3 moyen : 33 fois sur 80,
- aux cancers du 1/3 inférieur : 6 fois seulement sur 47 exérèses.

3) LES MOTIFS DU REFUS DE L'IRRADIATION PREOPERATOIRE

- les cancers du cardia : la faible radiosensibilité des adénocarcinomes cardioesophagiens est classique.

- les cancers du 1/3 inférieur : par principe, nous avons proposé l'irradiation par champs fixes dans une minorité de cas.

- les contre-indications sont plus nuancées pour les localisations hautes,

. pour les cas antérieurs à 1966, l'irradiation préopératoire n'était pas utilisée.

. depuis, les motifs du refus sont variables, parmi les cas analysables,

+ l'âge avancé, un état général précaire, une insuffisance respiratoire marquée, nous ont fait préférer la chirurgie seule, après un court délai occupé par une préparation intensive (9 cas).

+ une tuberculose évolutive ou récente, nous a fait refuser deux fois l'irradiation, de même que la présence d'une hémorragie révélatrice (1 fois).

+ les douleurs thoraciques spontanées ont été invoquées 7 fois : elles traduisent souvent une réaction médiastinale que l'irradiation peut aggraver.

+ L'extension importante de la tumeur, un degré de sténose très marqué, nous ont fait refuser la cyclothérapie dans la crainte de voir apparaître une sténose totale ou une fistule (5 fois).

+ Le refoulement noté à la bronchoscopie nous paraît être une contre-indication formelle en raison du risque de fistule.

Notre attitude a donc été très prudente et 5 malades soumis à l'irradiation et explorés ont dû être récusés (métastases dans 4 cas, tumeur inextirpable . 1 cas).

Dans 2 cas, la dégradation rapide de l'état général après 2 semaines de cyclothérapie, fit récuser le patient.

4) LES EFFETS DE L'IRRADIATION PREOPERATOIRE

Nous ne reviendrons pas sur le but de l'irradiation, visant principalement à diminuer le risque de dissémination per-opératoire.

- la stérilisation tumorale n'est pas le but recherché

. d'ailleurs, les doses administrées ne sont pas des doses carcinologiquement curatives ; et si les tumeurs oesophagiennes sont en règle générale favorablement influencées par la radiothérapie, la radiosensibilité est très variable d'une tumeur à une autre.

. Le délai habituellement proposé avant l'exérèse est trop court pour juger des effets définitifs de l'irradiation :

L'opérateur intervient à un moment ou ses effets cytolytiques ne sont pas terminés.

- Toutefois, l'examen de la pièce d'exérèse peut parfois révéler la stérilisation tumorale totale (3 cas) ou partielle (5 cas).

- Les effets fonctionnels ou radiologiques ont été étudiés pour 30 cancers hauts situés.

. La régression radiologique de la sténose tumorale est fréquente (1 fois sur 3), mais elle ne va pas toujours de pair avec la diminution du relief tumoral.

. L'amélioration de la dysphagie est notée une fois sur deux, mais elle est souvent paradoxale, les signes radiologiques de sténose persistant de façon identique.

. L'aggravation clinique est notée dans 8 cas. Dans 6 cas il n'y eut aucune modification.

. Il n'y a eu, exceptionnellement, un retentissement sévère sur l'état général ; mais l'apparition de douleurs rétrosternales avec oppression, sensation de lourdeurs et poussées fébriles, doivent faire craindre une médiastinite qui impose une antibiothérapie de couverture et une corticothérapie prudente.

La persistance de ces signes, prodrome de la fistulisation tumorale justifierait l'arrêt de l'irradiation.

- Pour NAKAYAMA (153), GOODNER (74), l'irradiation préopératoire augmente le taux de résécabilité, en facilitant la dissection ; nous ne pouvons sur une étude aussi courte tirer de conclusions, pourtant à la lecture des compte-rendus opératoires, il nous a semblé que des difficultés liées à la dissection tumorale étaient notées dans une proportion plus importante de cas après irradiation (19 fois sur 42 pour les localisations hautes).

De toute façon, l'association radiochirurgicale ne paraît pas être un facteur aggravant de la morbidité post-opératoire : en particulier le pourcentage de fistules post-opératoires n'y est pas supérieur ; et si le taux de mortalité post-opératoire est sensiblement plus élevé que la moyenne générale, cette augmentation est liée à la proportion plus importante de cancers de l'oesophage supérieur.

1/3 supérieur	: 9 cas	: 6 DPO
1/3 moyen	: 33 cas	: 7 DPO
1/3 inférieur	: 6 cas	: 0 DPO

Tous les auteurs s'accordent d'ailleurs à reconnaître que la mortalité opératoire n'est pas influencée défavorablement par l'association radiochirurgicale.

- Les résultats éloignés seront étudiés ultérieurement, mais soulignons ici les difficultés rencontrées dans l'analyse de la littérature, les séries étant difficilement comparables entre elles. De plus l'évolution des techniques radiothérapiques et chirurgicales, les progrès de la réanimation, les modifications du recrutement et des indications, gênent souvent la comparaison des résultats au sein d'une même série.

L'irradiation post-opératoire n'a pas été évoquée, car nous l'avons exceptionnellement utilisée (2 cas) pour des récidives localisées.

CHAPITRE VII

LES SUITES POST-OPERATOIRES DES EXERESES

La mortalité opératoire s'inscrit dans un lot de complications post-opératoires plus ou moins graves.

Sur 196 interventions (185 exérèses, 11 oesophagoplasties), les suites ont été simples dans 112 cas (soit 58 %) ; elles se sont compliquées à 84 reprises, nécessitant 12 réinterventions précoces (trachéotomies exceptées), et entraînant 37 fois le décès (37 décès sur 185, soit 20 %).

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE DECES	AUTOPSIES
FISTULES OU NECROSE DU TRANSPLANT	12	10	3
FISTULE CERVICALE SALIVAIRE	3	—	
COMPLICATIONS RESPIRATOIRES OU PULMONAIRES	23	12	2
COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES	9	4	4
COMPLICATIONS CARDIAQUES	3	1	1
COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES	3	3	
COMPLICATIONS ABDOMINALES	4	1	
CHYLOTHORAX	3	1	1
DIVERS	24	5	1
TOTAL	84	37	

/ LA MORTALITE OPERATOIRE /

Aucun décès n'étant survenu en cours d'intervention, nous définissons la mortalité opératoire comme l'ensemble des décès survenus dans les suites post-opératoires (c'est à dire dans des délais de 24 heures au 68ème jour pour notre série).

Sur 185 malades, nous déplorons 37 décès, soit 20 % de mortalité. Ce chiffre doit être analysé de façon plus précise.

A/ - L'EVOLUTION DE LA MORTALITE EN FONCTION DU TEMPS

- de 24,7 % au cours de la période 1960-1969 : 24 DPO sur 97 cas.

- la mortalité passe à 14,7 % pour la période plus récente 1970-73 (13 DPO sur 88 cas).

Ces résultats sont encourageants car ils traduisent une amélioration notable des techniques d'anesthésie, de réanimation, et surtout de surveillance post-opératoire, ceci malgré des exérèses de plus en plus poussées.

COLLIS, 1971, (37), note la même progression dans sa propre expérience : 14,4 % pour ses 250 dernières résections, contre 26 % pour les 150 premières.

Quoiqu'il en soit, la mortalité opératoire a diminué de façon générale et actuellement, la plupart des auteurs font état de pourcentages récents inférieurs aux 30 % de mortalité notés il y a seulement une dizaine d'années : (LE ROUX, 1961, 30 % (112), MILLER, 1962, 31 % (136), LOGAN, 1963, 29 % (114).

B/ - LA MORTALITE EN FONCTION DE L'AGE

L'étude du graphique montre une différence significative selon l'âge considéré :

- sur 94 malades opérés avant la soixantaine : 15 décès, soit 16 %.

- sur 91 malades opérés après la soixantaine : 22 décès, soit 24 %.

Mais, parmi les 25 patients opérés après 70 ans, nous déplorons seulement 4 décès.

C/ - LA MORTALITE EN FONCTION DU SIEGE DU CANCER

SIEGE	RESECTIONS	D.P.O.	%
SUPERIEUR	14	6	42,8 %
MOYEN	80	17	21,2 %
INFERIEUR	47	8	17 %
CARDIA	44	6	13,6 %

Le chiffre de la mortalité s'accroît de bas en haut, en sens inverse pour notre série des taux de résécabilité.

Pour SWEET (204), SAEGESSER (185), MOUCHET (141), les constatations sont sensiblement identiques.

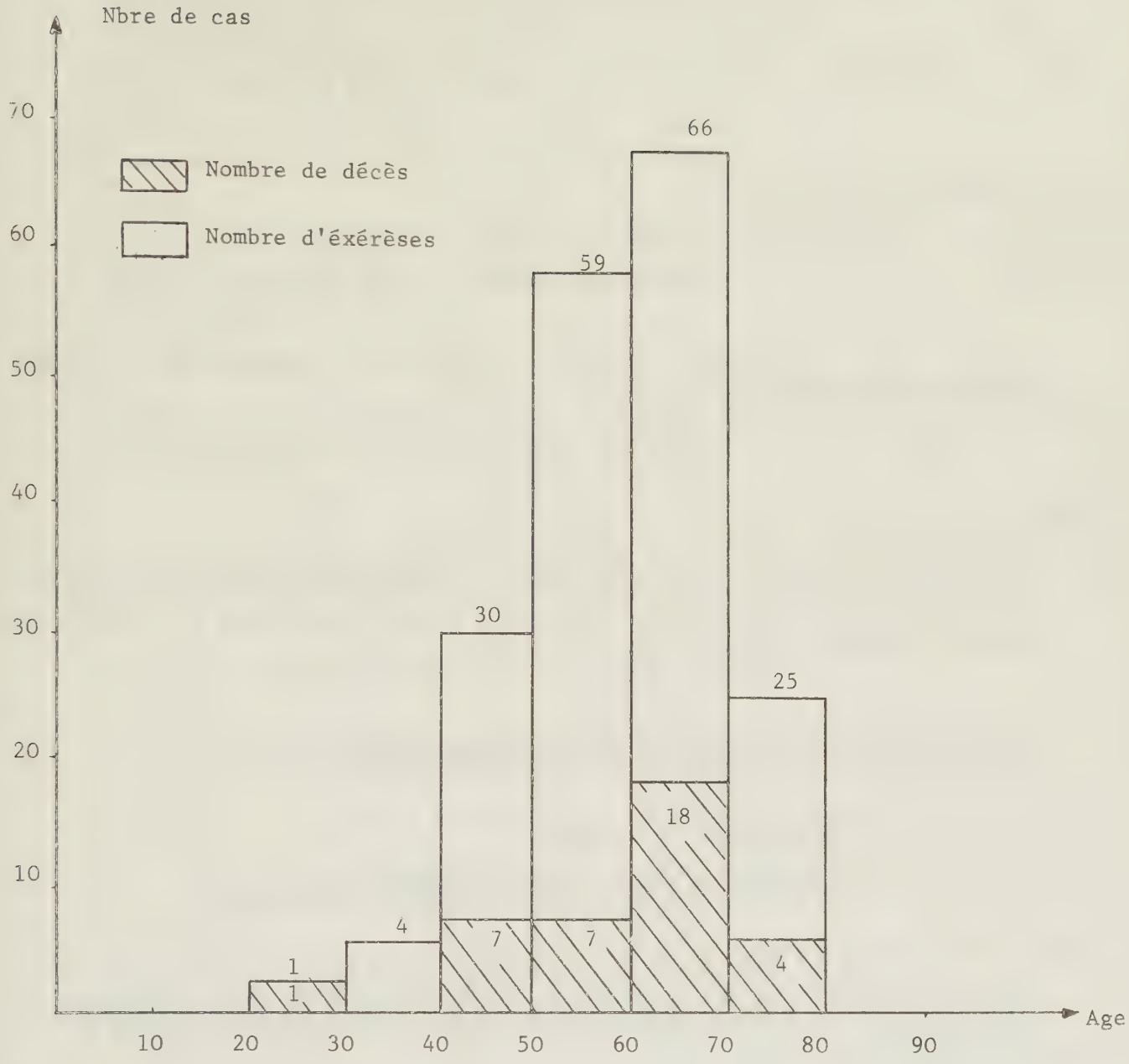
Ceci est significatif de la gravité opératoire des cancers des segments supérieur et moyen de l'oesophage.

Mais, pour la majorité des cas (cardia excepté) la mortalité du début détériore les chiffres d'ensemble et la mortalité opératoire actuelle est nettement diminuée.

- Pour le 1/3 supérieur, les chiffres sont identiques :

. 1960-69 : 7 cas : 3 DPO

. 1970-73 : 7 cas : 3 DPO


Nbre de cas
70
60
50
40
30
20
10
Nombre de décès
Nombre d'éxérèses
66
59
30
25
18
4
7
7
4
1
1
Age
10
20
30
40
50
60
70
80
90

- Pour le 1/3 moyen, la diminution est très sensible :

  . 1960-69 : 35 cas : 11 DPO soit 31,4 %

  . 1970-73 : 45 cas : 6 DPO soit 13,3 %

- Pour le 1/3 inférieur la différence est la plus significative :

  . 1960-69 : 28 cas : 7 DPO soit 25 %

  . 1970-73 : 19 cas : 1 DPO (en 1971), soit 5,2 %

- Pour le cardia, la tendance est inversée, mais la différence est peu significative :

  . 1960-69 : 26 cas : 3 DPO, soit 11,5 %

  . 1970-73 : 18 cas : 3 DPO, soit 16,6 %

L'énoncé de ces chiffres et des pourcentages qui s'y attachent n'a aucune prétention statistique (les séries étant trop courtes), mais il reflète bien la nette amélioration des suites opératoires et traduit mieux le risque opératoire actuel.

D/ - LA MORTALITE EN FONCTION DU TYPE D'INTERVENTION

Nous devons dsitinguer :

1) LA MORTALITE APRES OESOPHAGECTOMIE TOTALE (Torek)

A ce sujet, précisons que nous avons inclus dans les DPO la mortalité après Torek et la mortalité secondaire à l'oesophagoplastie, considérant qu'il s'agissait en somme de la même intervention, réalisée en deux temps.

- Ainsi, sur 18 Torek : 4 décès
- Parmi les 14 survivants, 11 seulement ont subi une oesophagoplastie.
- Sur les 11 oesophagoplasties réalisées, nous notons 4 décès.

. Les oesophagectomies totales donnent à GIULI et LORTAT-JACOB (64), 37,6 % de décès (111 sur 296 Torek). Sur les 123 plasties réalisées, ils notent 45 DPO, soit 78 survivants après les deux temps. Ce chiffre correspond à 26 % de ceux qui ont subi l'intervention initiale. Plus modestement pour nous, ce chiffre est légèrement supérieur : 7 survivants sur 18 (soit 38,8 %).

. Pour PETROV (164), l'oesophagectomie entraîne 43,6 % de DPO et sur les 52 survivants, seulement 28 bénéficieront de l'oesophagoplastie. Ces chiffres sont lourds et pour beaucoup d'auteurs, l'oesophagectomie totale doit être une intervention mesurée qui ne doit être employée que de nécessité.

. Toutefois, RUSANOV, 1966, (184), pense que les temps opératoires successifs sont un facteur de réduction de la mortalité (15,6 % DPO contre 25, 8 % pour les interventions en un temps).

. Pour NAKAYAMA, 1967, (154), la mortalité des interventions en trois temps (200 cas) est tombée à 2,5 % contre 9,7 % pour l'opération en un temps (236 résections anastomoses).

2) LA MORTALITE APRES OESOPHAGOPLASTIE

11 oesophagoplasties ont pu être réalisées pour rétablir la continuité digestive après Torek.

Il s'agit uniquement de transplants coliques :

- segment transverse gauche ascensionné au cou par voie rétro-sternale : 10 cas : 3 DPO
- iléocoloplastie par voie présternale : 1 cas : 1 DPO

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion, sinon, signaler la plus grande gravité des iléocoloplasties dans notre expérience (puisque les deux iléocoloplasties palliatives ont aussi entraîné le décès post-opératoire).

Les résultats des oesophagoplasties sont très variables selon les auteurs, mais les séries importantes sont rares.

LORTAT-JACOB (68), note sa préférence actuelle pour les transplants coliques transverses gauches (13,8 % de mortalité contre 21,3 % aux plasties gastriques type GAVRILIU et 28,5 % aux iléocoloplasties).

Sur 271 cas, NAKAYAMA (151), notait déjà en 1961 la moindre gravité des transplants gastriques totaux montés par un tunnel sous-cutané présternal (8,5 % de mortalité).

3) LA MORTALITE APRES RESECTION ANASTOMOSE OESOPHAGOGASTRIQUE

Parmi les 167 patients qui ont subi une résection-anastomose oesophagogastrique, le taux de mortalité post-opératoire global est de 17,3 % (29 décès).

Ce chiffre est légèrement inférieur à celui retrouvé par la plupart des auteurs :

- ELLIS et GUNNLAUGSSON	1970	11,7 %	(84)
- STEPHEN	1972	16,1 %	(202)
- COLLIS	1970	19 %	(37)
- VIARD	1971	19 %	(147)
- APPELQUIST	1972	23 %	(10)
- GOODNER	1970	23 %	(74)
- HUMPHREY	1968	25,5 %	(89)
- KOCK	1967	29 %	(101)
- MOUCHET	1966	30 %	(141)
- GIULI et LORTAT-JACOB	1972	34,6 %	(64)

Ces taux de mortalité restent assez loin de la remarquable série du "Departement of Surgery " "TUMOR INSTITUTE" (Pékin) : 3,4 % de mortalité sur 944 résections dites "radicales".

4) LA MORTALITE DES EXERESES PALLIATIVES

46 fois l'exérèse a été pratiquée à titre palliatif (soit 25 % des cas).

La mortalité post-opératoire paraît sensiblement plus élevée dans ces cas puisque ces 46 exérèses se compliquent de 13 décès soit 28,2 %.

1/3 supérieur	6 fois	3 DPO
1/3 moyen	22 fois	7 DPO
1/3 inférieur	8 fois	pas de décès
Cardia	10 fois	3 DPO

E/ - LES CAUSES DE LA MORTALITE

La cause du décès a pu être affirmée :

- soit par autopsie : 12 fois
- soit au cours de la réintervention précoce qui précéda le décès : 8 fois
- dans les autres cas (à deux exceptions près) la lente agonie permis d' affirmer la nature de la complication mortelle.

Elles sont de deux types :

- Certaines sont spécifiques à la chirurgie oesophagienne : 12 fois.

  . fistules anastomotiques : 8 cas
  . ischémie et nécrose de l'oesophagoplastie : 2 cas
  . complications abdominales : 1 cas
  . chylothorax : 1 cas.

L'expérience chirurgicale de l'opérateur acquise au fil des années permet une réduction notable de ces complications.

- D'autres sont propres à toute chirurgie thoracique ou abdominale : 23 fois,

  . insuffisance respiratoire : 12 cas
  . embolies pulmonaires : 4 cas

. complications cardiaques : 1 cas

. complications hémorragiques : 3

. complications diverses : 3

- Enfin, dans deux cas, le décès reste inexpliqué. Il s'agit de résections-anastomoses pour cancer du 1/3 moyen :

. dans le premier cas : homme de 62 ans, polyvasculaire, syphilitique, insuffisance respiratoire modérée ; le décès survint au 5ème jour, dans un tableau de collapsus avec signes électiques de coeur pulmonaire aigu.

. dans le deuxième cas : homme de 54 ans, cirrhose, diabète et tuberculose ancienne. Le décès survint brutalement sans signe prémonitoire, au 5ème jour.

LES FISTULES

Nous avons observé 10 fistules de l'anastomose oesophagogastrique sur la totalité des 167 résections-anastomoses pratiquées, soit 5,9 %

- 2 malades ont survécu à cette complication,

- dans 8 cas, la fistule est directement responsable du décès : soit 4,7 % de décès par fistule après résection anastomose.

Ce pourcentage est inférieur à celui retrouvé dans la plupart des statistiques (voir tableau)

L'étude détaillée de ces observations ne nous permet pas d'affirmation tranchée, mais elle soulève quelques remarques :

a) le cancer siégeait au 1/3 moyen : 4 fois
1/3 inférieur : 2 fois
Cardia : 4 fois.

FREQUENCE DES FISTULES POST-OPERATOIRES

AUTEURS-ANNEES	NOMBRE DE RESECTIONS	NOMBRE DE FISTULES	DECES PAR FISTULES	% DE DECES PAR FISTULES
MAILLET 1972	107 (1/3 moyen)	0		0 %
DEPARTEMENT OF SURGERY - PEKIN 1973	944 (résections radicales)	22	10	1 %
SAEGESSER 1963	151	8	8	5,3 %
COLLIS 1971	400	—	23	5,7 %
STEPHEN 1972	155	9	9	5,8 %
ELLIS 1970	579	—	34	5,8 %
MAGILL 1967	109	—	7	6,4 %
HUMPHREY 1968	243	—	20	8,2 %
APPELQUIST 1972	171	28	21	12,2 %
GIULI LORTAT-JACOB 1972	415 (résections anastomoses)	95	80	19,2 %
SAUBIER 1974	167 (résections anastomoses)	10	8	4,7 %

b) Les constatations opératoires et histologiques avaient montré lors de la résection :

- des adhérences tumorales : 4 fois
- l'envahissement de la totalité de la paroi oesophagienne : 8 fois
- des ganglions histologiquement envahis : 3 fois
- une tranche de section inférieure envahie par la tumeur : 1 fois
- 2 tumeurs correspondaient à un sarcome
- 2 fois, l'anastomose fut de réalisation difficile.

Pour GIULI (69), l'âge, le sexe, le siège du cancer et son type histologique, le nombre de plans de la suture n'ont aucune influence sur la fréquence et la gravité de ces fistules, mais certains facteurs interviennent comme éléments de gravité ; ce sont :

- l'âge > 70 ans
- un amaigrissement > 5 kg
- la pratique d'anastomoses mécaniques
- l'existence d'une extension néoplasique péri-oesophagienne et d'un envahissement ganglionnaire.

c) La date d'apparition de la désunion anastomotique est variable, du 2ème au 10ème jour dans notre expérience :

. entre le 1er et le 4ème jour : 5 cas : 2 survies
. entre le 4ème et le 7ème jour : 4 cas
. le 10ème jour : 1 cas.

d) Les considérations cliniques

- Le tableau clinique réalisé est très variable.

. Il peut être aigu : tableau de collapsus cardio-vasculaire inexpliqué (2 cas), scène de détresse respiratoire (4 cas), choc toxi-infectieux avec hyperthermie, agitation, troubles psychiques, collapsus majeur (2 cas).

. Ou être moins brutal (2 cas : tableau de broncho-pneumopathie ou de septicémie d'aggravation progressive.

- Quelle que soit la scène clinique réalisée, il ne faut pas méconnaître la fistule.

. C'est facile lorsqu'elle est signée par l'extériorisation de liquide louche par les drains thoraciques ou plus tardivement par la plaie cutanée (3 cas).

+ La radiographie pulmonaire est d'interprétation parfois difficile dans cette période troublée par l'hypersécrétion et l'infection bronchique, l'atélectasie, les épanchements pleuraux ; le siège de la fistule n'est pas toujours pleural et l'élargissement du médiastin peut ne pas être évident d'emblée.

+ L'aspect du liquide retiré par la ponction pleurale a permis 2 fois d'affirmer le diagnostic.

+ L'épreuve au Bleu de Méthylène est d'un grand secours puisqu'elle nous a permis de confirmer immédiatement la désunion dans 5 cas (1 seul faux négatif).

+ Les produits de contraste ne doivent être employés qu'avec beaucoup de précautions (liquide très fluide, en faible quantité).

+ Nous n'avons pas l'expérience du test de MAC CRAW (161), qui ne semble ni fidèle, ni spécifique (87).

. Parfois une aggravation post-opératoire précoce reste inexpliquée : elle peut traduire l'existence d'une désunion anastomotique et ce doute doit mener, lorsqu'aucune amélioration ne survient, malgré une réanimation intensive, à une réintervention immédiate ; elle permettra la vérification de l'anastomose et le traitement précoce d'une fistule avant le retentissement médiastinal.

e) Le traitement des fistules : il comporte 2 possibilités :

- l'abstention chirurgicale, lorsque la fistule paraît correctement draînée, n'est admise par personne.

Mais pour GIULI (69) qui propose une cotation à visée pronostique et thérapeutique, la meilleure chance de survie appartient aux malades chez lesquels il n'existe aucun signe de médiastinite, dont la fistule siège dans la plèvre et s'est manifestée après 10 jours, ceci quel que soit le mode de traitement utilisé.

Dans 3 cas, nous ne sommes pas réintervenus :

. 1 fois, la fistule fut une découverte autopsique,

. 1 fois, le décès rapide au cours d'un épisode toxi-infectieux avec collapsus, empêcha la réintervention,

. dans le 3ème cas, l'état comateux et scepticémique de la malade qui avait subi une exérèse palliative, ne permettait raisonnablement pas la reprise. Elle décéda au 26ème jour.

- La réintervention immédiate est proposée par tous.

Après un bilan soigneux, le lavage de la cavité thoracique, l'utilisation d'antibiotiques locaux, la thérapeutique de la fistule proprement dite, dépend surtout de l'importance de la désunion et de la qualité des tissus.

. La réfection d'une désunion localisée, d'une fistule punctiforme, par suture et colmatage de la brèche, peut se discuter ; une aspiration décompressive sera laissée en place en regard de l'anastomose, associée éventuellement à une jéjunostomie d'alimentation.

Nous l'avons pratiquée 4 fois avec un succès et 3 décès au 11ème, 12ème, 21ème jour.

MART... Angèle, 72 ans
18/4/70 : oesogastrectomie polaire supérieure avec anastomose oesogastrique termino-terminale sous aortique par laparotomie et thoracotomie gauche - adénocarcinome du cardia, avec envahissement ganglionnaire. A la 48ème heure, tableau de choc brutal avec dyspnée - épreuve au Bleu de Méthylène positive. Thoracotomie gauche itérative : fistule punctiforme sur la face postérieure de l'anastomose - obturation par 3 points et colmatage par l'épiploon gastrosplénique - drainage. S.P.U. : simples.

19/9/71 : revue, va bien.

Décédée en Mars 1972 : soit 2 ans plus tard : cachexie progressive.

. L'exclusion bipolaire de l'œsophage semble plus prudente en cas de médiastinite, lorsque la désunion est importante, ou lorsque les tissus sont de mauvaise qualité. Elle s'associe à une réintégration de l'estomac

dans l'abdomen avec gastrostomie et éventuellement à une résection de l'oesophage thoracique restant.

Sur 3 cas d'exclusion bipolaire avec oesophagostomie cervicale et gastrostomie, nous comptons 2 décès au 9ème et 14ème jour et un succès.

MIGNA... Paul, 43 ans.

3/5/68 : oesogastrectomie polaire supérieure avec anastomose oesogastrique termino-terminale sous aortique, par laparotomie et thoracotomie gauche adénocarcinome du cardia sans envahissement ganglionnaire.

Collapsus brutal inexpliqué à la 48ème heure.

Le 5ème jour : agitation, fièvre et aggravation respiratoire.

Le 6ème jour : épreuve au Lipiodol : énorme fistule.

Réintervention : désunion du plan antérieur de l'anastomose. Tissus très friables - exclusion bipolaire.

Suites simples.

17/3/69 : bon état général
Oesophagoplastie par transplant colique transverse gauche rétrosternal avec anastomose oesocolique immédiate.

Novembre 1969 : a repris 16 kg.

Décès en Mai 1970 : métastases hépatiques et cérébrales.

f) Le pronostic

Le pourcentage de 80 à 90 % de mortalité dans les fistules anastomotiques se retrouve dans toutes les statistiques, à l'exception de celle de "Tumor institute de Pékin" (46), où 50 % des fistules intra-thoraciques sont guéries grâce à une réintervention précoce, un drainage et une antibiothérapie efficaces, une reprise immédiate de l'alimentation.

Si l'on veut voir disparaître, ou tout au moins diminuer la mortalité par fistule, il faut faire appel plus à leur prophylaxie qu'à leur thérapeutique propre : l'expérience de chacun revêt ici une importance primordiale.

LA NECROSE DU TRANSPLANT

Nous n'avons pas observé de désunions anastomotiques après oesophagoplasties (excepté 3 fistules cervicales salivaires spontanément guéries).

Nous déplorons deux nécroses du transplant colique (2 décès) :

- nécrose du fond coecal 8 jours après iléocoloplastie pré-sternale - réintervention : recoupe segmentaire - tentatives de greffes de peau libre et de greffes pédiculées. Décès au 67ème jour par suppuration pulmonaire.

- nécrose du transplant colique transverse gauche rétro-sternal probablement au 10ème jour, pas de réintervention. Décès au 20ème jour - autopsie : nécrose du transplant.

La nécrose de l'oesophagoplastie est une complication grave.

Pour GIULI (147), elle est entachée de 50 % de mortalité. La cause en est rarement un facteur mécanique. Le plus souvent il s'agit d'un facteur circulatoire.

Elle impose un diagnostic précis :

. facile lorsque le trajet est sous-cutané

. plus difficile après tunnélisation rétrosternale ; c'est pourquoi, dans le doute, l'artériographie sélective du transplant a été proposée à la recherche de renseignements sur la qualité artérielle du transplant. Elle méconnaît toutefois les nécroses d'origine veineuse.

Il peut s'agir de nécroses totales, souvent précoces, ou de nécroses partielles, habituellement plus tardives.

Elles imposent une réintervention rapide pour pratiquer en urgence une recoupe de la plastie, ou, en cas de nécessité, une exérèse complète.

LE CHYLOTHORAX

Nous avons observé 3 cas de lymphorrhées ; le seul décès concerne une résection anastomose (1/3 moyen) rendue difficile par des adhérences tumorales à l'aorte et à la bronche souche gauche. Le chylothorax apparut à la 48ème heure et fut ponctionné à de nombreuses reprises ; la survenue d'une septicémie à pyocyanique et à Perfringens est probablement directement liée à cette complication qui entraîna le décès au 50ème jour, dans un tableau de suppuration effroyable. L'autopsie ne révéla pas de fistule.

Le chylothorax est une complication rarement signalée, peut-être méconnue.

MAILLET (129) en signale 2 cas sur 107 résections.

LORTAT-JACOB (55) l'observe 15 fois sur 827 oesophagectomies

Il se voit surtout après des manoeuvres de décroisement ou après des exérèses difficiles (2 fois sur 3 cas observés).

La blessure du canal thoracique se situe en général au bord inférieur de la crosse aortique. Lorsque cette blessure est reconnue en cours d'intervention, il paraît utile, pour LORTAT-JACOB de pratiquer une ligature du canal thoracique au ras du diaphragme.

Le traitement est essentiellement médical (ponctions, drainage). Mais, lorsque l'épanchement est supérieur à un litre par 24 heures, certains préfèrent intervenir à distance de l'intervention initiale (15 jours pour éviter le risque de fistule (FEKETE(55)).

LES COMPLICATIONS ABDOMINALES

La hernie du colon transverse à travers une déhiscence de la phrénotomie est un accident rare (218).

Elle fut méconnue devant un tableau de collapsus avec septicémie à germes Gram négatifs.

Le décès survint au 4ème jour - l'autopsie révéla une nécrose colique et une anastomose oesophagogastrique parfaite.

LES COMPLICATIONS GENERALES

Elles représentent donc les 2/3 de nos décès et sont dominées par les causes cardio-respiratoires.

1) L'insuffisance respiratoire reste la hantise de cette chirurgie : 12 décès.

- Elle est à redouter chez tous les sujets à fonction respiratoire limite ; la déficience sera aggravée dès les premières heures post-opératoires par le déséquilibre créé par la position latérale, la mauvaise expansion du poumon, l'hypersécrétion bronchique, l'accélération cardiaque. Que l'infection s'y surajoute et un cercle vicieux rapidement irréversible est créé.

- Elle est à craindre chez tous les opérés où le moindre incident (pneumothorax, épanchement pleural, encombrement broncho-pulmonaire, surinfection, surcharge liquidienne) peut rompre un équilibre précaire.

C'est souligner l'intérêt d'une surveillance de tous les instants, de contrôles radiologiques à la demande, d'une kinésithérapie précoce et active, d'une réanimation bien adaptée.

C'est insister sur l'aide apportée par la ventilation assistée que l'on ne doit pas hésiter à prolonger pendant les premières heures, voire les premiers jours, afin d'aider au mieux un opéré dont la toux et l'expansion thoracique restent limitées par la douleur.

Nous ne pratiquons pas systématiquement une TRACHEOTOMIE d'emblée, en raison des risques infectieux qui s'y attachent (1 seul cas). Elle a été pratiquée secondairement à 9 reprises :

. à la 24ème heure : 2 fois
. à la 48ème heure : 5 fois
. le 4ème et le 12ème jour.

- Ainsi, sur 17 défaillances respiratoires postopératoires, nous avons perdu 12 malades (7 avaient dépassé 65 ans).

+ Il s'agissait :

. 5 fois d'insuffisants respiratoires graves,

. 4 fois de bronchitiques

. l'obésité (3 cas) et la cirrhose (2 cas) sont des facteurs aggravants.

Tous étaient de grands fumeurs.

+ L'insuffisance respiratoire a succédé à une résection pour :

. cancer du 1/3 supérieur : 4 fois

. cancer du 1/3 moyen : 5 fois

. cancer du cardia : 3 fois.

5 fois, il s'agissait de résections palliatives où le souci d'apporter quelque confort l'avait emporté sur la prudence que dictait l'état respiratoire.

+ L'intervention :

. a montré une symphyse pleurale dense 5 fois

. a comporté une ouverture de la plèvre opposée 4 fois.

+ Les décès sont survenus :

. avant le 3ème jour : 1 fois

. entre le 3ème et le 6ème jour : 7 fois

. entre le 7ème et le 25ème jour : 4 fois.

L'infection de l'arbre bronchique est notée, à des degrés divers, dans tous les cas.

Dans deux cas douteux, l'autopsie est venue vérifier l'absence de fistule ; car, rappelons le, il est probable qu'un certain nombre de défaillances respiratoires inexpliquées par une cause pleuro-pulmonaire ou cardiaque, trouvent leur source dans des fistules par ailleurs asymptômatiques.

2) L'embolie pulmonaire

La chirurgie oesophagienne n'échappe pas au risque thrombo-embolique.

Sur 9 cas d'accidents thrombo-emboliques reconnus, nous déplorons 4 décès survenus brutalement à la 24ème heure, 36ème heure et au 6ème et 8ème jour. Dans les 4 cas, l'autopsie a confirmé la présence d'infarctus pulmonaires et d'embols, sans autres lésions notables.

Malgré ces accidents, la prescription d'un traitement anticoagulant est très délicate, en raison du risque hémorragique particulièrement grave dans cette chirurgie.

3) Les complications cardiaques

Un OAP avec collapsus cardiovasculaire a entraîné le décès à la 48ème heure d'une de nos résections. L'autopsie de cet homme de 69 ans ne montra ni fistule, ni embol, ni infarctus, mais des lésions pulmonaires intenses.

4) Les complications hémorragiques : 3 cas

Elles sont heureusement rares.

Les larges médiastinectomies laissent en place de vastes zones cruantées, saignant en nappe, dont l'hémostase réglée est souvent difficile.

Les hémorragies secondaires précoces, extériorisées par les drains, posent le dilemme de la réintervention par thoracotomie itérative qui alourdit le pronostic. Celle-ci ne permet, très souvent, que le décaillotage, sans objectiver de manière très nette l'origine du saignement.

C'est le cas pour deux de nos patients, où la reprise s'imposa . Le soir même pour l'un, (résection-anastomose - décès par OAP à la 15ème heure). Le 6ème jour pour l'autre (Torek - décès par insuffisance rénale le 8ème jour).

Pour la troisième observation (Torek), l'hémorragie est tardive et secondaire à une suppuration. Les suites furent en effet troublées par un abcès du poumon avec pleurésie purulente, compliquée de fistule pleuro-bronchique et de septicémie à Pyocyanique ; au 64ème jour, alors que tout paraissait rentré dans l'ordre, le malade présenta la veille de son départ une hémorragie massive, extériorisée par les voies aériennes supérieures, qui entraîna le décès en quelques secondes.

5) Enfin, diverses complications mortelles ont été observées

- le délirium tremens : sur les 4 cas observés, nous notons un décès au 5ème jour.

- Une hémorragie cérébrale : un homme de 61 ans, dont les suites avaient été simples et le départ différé par un retard de cicatrisation, présenta au 30ème jour une hémiplégie gauche avec coma - décès le 38ème jour.

- Enfin, l'hypothèse d'une insuffisance surrénale aiguë est très probable chez un homme de 51 ans, porteur d'une tuberculose évolutive traitée. Il présenta au 4ème jour, un grand collapsus cardiovasculaire irréversible, avec troubles biologiques évocateurs. L'autopsie ne révéla aucune lésion, mais les surrénales ne furent pas examinées.

/ LA MORBIDITE POST-OPERATOIRE /

Quelques unes des complications post-opératoires non mortelles ont été signalées dans le Chapitre précédent ; rappelons les :

- fistule : 2 cas
- lymphorrhées : 2 cas
- fistules cervicales salivaires : 3 cas
- accidents thromboemboliques : 5 cas
- accidents cardiaques : 2 cas.

Mais les complications les plus fréquentes sont :

- les complications infectieuses pulmonaires et l'insuffisance respiratoire : 11 fois.

- les épanchements pleuraux (12 fois) qui nécessitent quelquefois des ponctions répétées.

Plus rarement ont été observés :

- des troubles de la vidange gastrique - 2 cas.

  Les 2 malades avaient eu une pyloroplastie.

  Dans un seul cas, la persistance des troubles conduit à une réintervention au 6ème jour. L'exploration montra une pyloroplastie bien perméable, sans tension excessive, ni compression extrinsèque.

Les suites furent simples et la gastroplégie céda grâce à une aspiration prolongée.

- une suppuration pariétale importante ou prolongée a été notée à 8 reprises, imposant quelquefois une suture secondaire.

/ LES REINTERVENTIONS PRECOCES /

Elles sont toujours difficiles et grevées d'une lourde mortalité (8 décès sur 12).

Les motifs qui ont nécessité la réintervention, rappelons-le sont :

- une fistule : 7 cas - 5 décès
- la nécrose du transplant colique : 1 décès
- une hémorragie thoracique précoce : 2 décès
- un abcès sous-phrénique : survie
- un épisode de gastroplégie : survie

CHAPITRE VIII

RESULTATS ELOIGNES DES EXERESES

Les résultats éloignés portent sur la totalité des malades ayant subi une exérèse, soit 185 cas. Notre enquête auprès des malades, de leur famille ou de leur médecin traitant ou en dernier recours auprès des mairies, nous a permis de connaître la survie de toutes les exérèses, et, pour l'immense majorité des décès la cause exacte de la mort.

L'étude de la survie s'est arrêtée le 1/12/73. Pour cette raison, le nombre de malades possédant, par exemple, le recul de 5 ans (75 cas) est légèrement inférieur au nombre de malades opérés avant le 1/1/69 (77 cas).

Pour évaluer l'efficacité du traitement chirurgical par exérèse des cancers de l'oesophage et du cardia, nous utiliserons plusieurs méthodes :

- Le pourcentage de survie sera calculé sur la totalité des exérèses (DPO compris).

Bien que seuls les survivants à l'intervention soient exposés au risque d'évolution ou de récidive de la maladie cancéreuse, il nous paraît plus juste d'englober la totalité des malades soumis à l'exérèse pour apprécier la survie.

- L'espoir de survie (ou survie post-opératoire) définira la durée de survie offerte aux malades ayant passé le cap des suites post-opératoires. Nous utiliserons cette définition en particulier pour apprécier l'incidence de l'association radiochirurgicale sur les survies éloignées.

- La durée moyenne de survie n'a qu'une valeur comparative relative.

Beaucoup de statistiques jugent l'efficacité du traitement chirurgical par exérèses, sur les seules survies à 5 ans. Nous procéderons de façon identique ; mais lorsqu'on envisage les cancers de l'oesophage et du cardia, ce délai paraît beaucoup trop long, et l'étude de la survie à 2 ans reflète mieux les avantages apportés par l'exérèse.

Il ne faut pas perdre de vue que la mortalité spontanée de tels cancers serait, à partir des premiers signes, de 29 % à 6 mois, de 75 % à un an, sans aucune survie à 5 ans (statistique de 300 cas de SHIMKIN, citée par CHEVREL (32).

/ LA SURVIE ELOIGNEE /

A/ - *LA SURVIE GLOBALE DES CANCERS DE L'OESOPHAGE ET DU CARDIA*

L'étude de la survie (voir tableau) des 185 malades soumis à l'exérèse, révèle les chiffres suivants :

1) LES MALADES POSSEDANT UN RECUL DE 10 ANS (opérés avant le 1/12/63)

Sur 24 cas (18 survies post-opératoires), nous notons 3 survies à 10 ans.

Ces trois malades sont actuellement vivants, sans aucun signe de récidive (13 ans, 10,5 ans, 10 ans).
Sur un aussi petit nombre de cas, nous n'apprécierons pas le pourcentage.

2) MALADES POSSEDANT UN RECUL DE 7 ANS (opérés avant le 1/12/66)

Sur 48 cas (37 survies post-opératoires), nous notons 5 survies à 7 ans (tous vivants actuellement, sans signe de récidive).

- soit 10,4 % de survie à 7 ans
- soit 13,1 % de survies post-opératoires.

3) MALADES POSSEDANT UN RECUL DE 5 ANS

Sur 75 cas (56 survies post-opératoires), nous notons 10 survies à 5 ans (6 sont actuellement vivants sans signe de récidive).

- soit 13,3 % de survies à 5 ans
- soit 17,8 % de survies post-opératoires.

4) MALADES POSSEDANT UN RECUL DE 3 ANS

Sur 117 cas (91 survies post-opératoires), nous notons 24 survies à 3 ans (14 sont actuellement vivants).

- soit 20,5 % de survies à 3 ans
- soit 26,3 % de survies post-opératoires.

SURVIE GLOBALE DES CANCERS DE L'OESOPHAGE ET DU CARDIA

ANNEE	NOMBRE DE RESECTIONS	D.P.O.	SURVIVANTS A L'INTERVENTION	ENCORE EN VIE APRES									
				1 AN	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1960	6	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1961	8	—	8	7	3	2	2	1	—				
1962	4	1	3	2	1	1	1	1	—				
1963	6	4	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
1964	4	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1965	8	2	6	3	1	1	1	1	1	—			
1966	15	3	12	5	4	3	2	2	2	2			
1967	9	4	5	3	1	—							
1968	17	4	13	9	4	1	1	1	—				
1969	20	4	16	13	7	5	3	1					
1970	25	3	22	15	9	7							
1971	23	7	16	9	3								
1972	17	—	17	14									
1973	23	3	20										

5) MALADES POSSEDANT UN RECUL DE 2 ANS

Sur 145 cas (104 survies post-opératoires), nous notons 37 survies à 2 ans (sur les 16 actuellement vivants, 2 présentent des signes de récidive).

. soit 25,5 % de survies à 2 ans

. soit 35,5 % de survies post-opératoires.

6) MALADES POSSEDANT UN RECUL DE 1 AN
(opérés avant le 1/12/72)

Sur 161 cas (127 survies post-opératoires), nous notons 84 survies à 1 an (27 vivant actuellement).

. soit 52,1 % de survies à 1 an

. soit 66,1 % de survies post-opératoires.

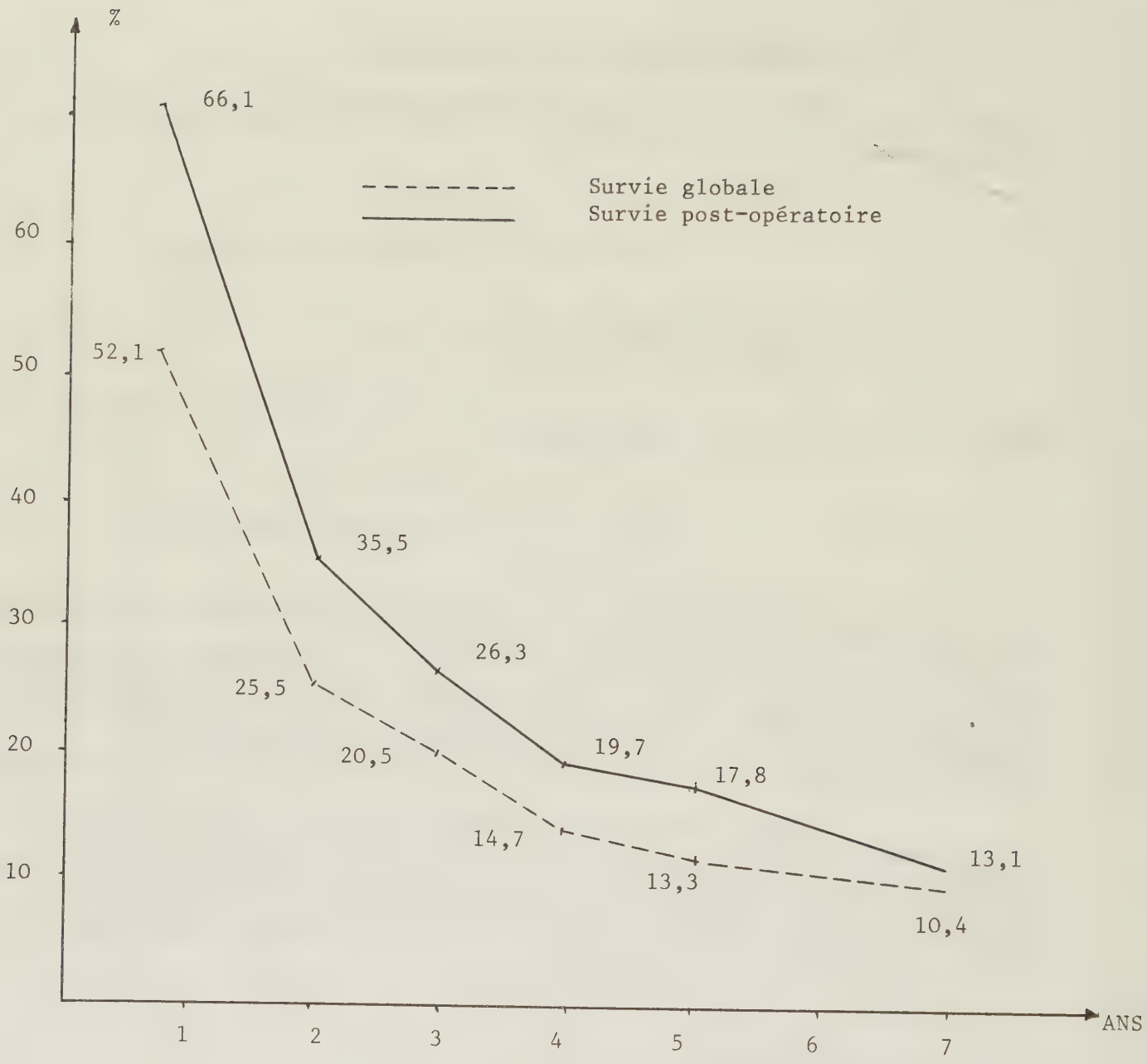
La survie globale et post-opératoire des cancers de l'oesophage et du cardia est représentée sur le graphique n°1.
L'étude de la courbe montre un fort pourcentage de décès dans les deux premières années (il est lié à la précocité des récidives) ; ensuite la courbe se stabilise progressivement, en particulier à partir de la 4ème année, les survivants ont une grande chance de guérison ou au moins de survie éloignée.
BELSEY (19), COLLIS (37), GIULI (64) font les mêmes remarques sur leurs survies.

L'étude comparative des résultats lointains des différentes statistiques est difficile, car les cancers du cardia ne sont pas toujours inclus. De toute façon cette étude doit tenir compte du nombre total de cancers observés, du taux de résécabilité, du pourcentage de décès post-opératoires. Nous n'avons retenu que les séries citant le taux de survie globale après exérèse ou permettant de le calculer.

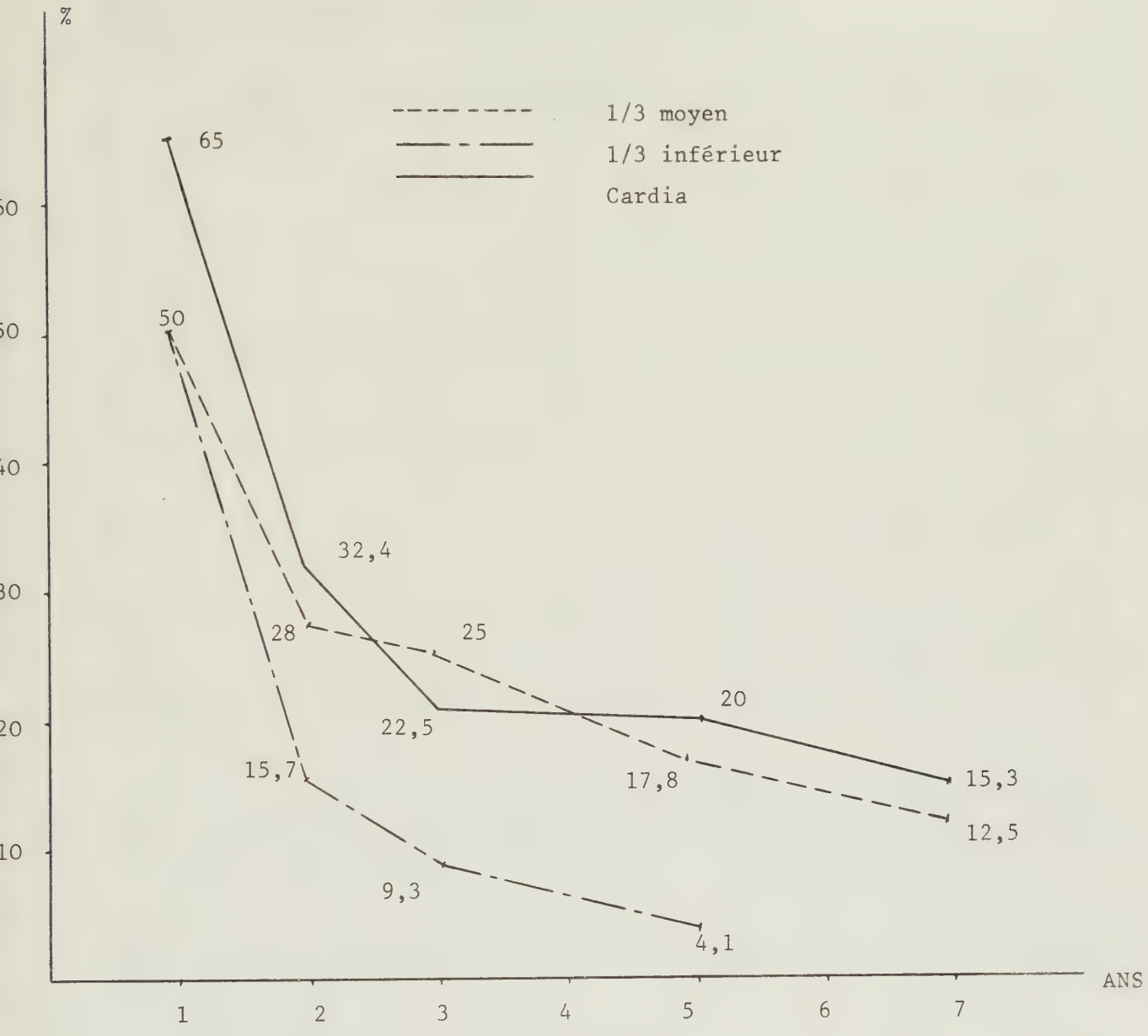
B/ - LA SURVIE SELON LE SIEGE DU CANCER

1) LE CANCER DU I/3 SUPERIEUR

Le petit nombre de cancers réséqués ne permet pas de pratiquer une courbe de survie.



I - SURVIE DES EXERESES : CANCERS DE L'OESOPHAGE ET DU CARDIA



II - SURVIE GLOBALE DES EXERESES

TRAITEMENT DES CANCERS DE L'OESOPHAGE ET DU CARDIA

AUTEURS-ANNEES	CAS OBSERVES	RESECTIONS		DPO	SURVIES A 5 ANS
		TOTAL	%		
MILLER 1962	405	175	44	31 %	15 %
LOGAN 1963	853	509	59	29 %	14,9 %
SAEGESSER 1963	349	151	43	38 %	8 %
MOUCHET 1966	297	130	48	30	3 à 6 %
BOYD 1967	713	309	43	?	8 %
BURGE 1967	126	54	42	25,9%	9,25 %
KOCK 1967	146	85	58	29 %	16 %
NAKAYAMA 1967	4816	—	—	7,4%	19,1 %
AKAKURA 1970	—	187	—	17 %	16 %
ELLIS 1970	1657	579	35	13,4%	14 %
GOODNER 1970	1859	260	14	23 %	8 %
SPATH 1970	388	107	27,6	11,6 %	14,7 %
YOUNGHUSBAND 1970	191	87	45	16 %	21 %
COLLIS 1971	837	400	48	19 %	11 %
BELSEY 1972	—	322	—	27 %	12 %
LORTAT-JACOB 1972	—	778	—	35 %	10 %
DEPARTEMENT OF SURGERY PEKIN 1973	—	944 résections radicales	—	3,4 %	25 %
SAUBIER 1974	330	185	56	20 %	13,3 %

RECUL	RESECTIONS	SURVIES POST-OPERATOIRES	SURVIVANTS	EN VIE ACTUELLEMENT
7 ans	1	1	0	—
5 ans	3	2	0	—
4 ans	6	3	1	1
3 ans	10	6	3	2
2 ans	13	7	3	2

Un des malades survivant à 3 ans présente actuellement des signes de récidive. Le second est en excellent état général et possède 4 ans de recul. Il s'agit dans les deux cas de résections-anastomoses.

Le tableau permet d'observer que parmi les malades ayant survécu à l'intervention, un sur deux peut espérer une survie à 3 ans.
Ces résultats, un peu décourageants, ne sont pourtant pas inférieurs à ceux que peut donner pour cette localisation la radiothérapie isolée.

DOR ., 1966, (48), étudie les résultats du traitement chirurgical en deux temps, du cancer de l'oesophage haut situé : sur 32 cas, 6 % de survies à 5 ans.

2) LE CANCER DU 1/3 MOYEN

La survie des malades ayant subi une exérèse pour cancer du 1/3 moyen de l'oesophage est représentée sur le graphique III. La même étude a été faite pour les survivants à l'intervention.

a) Parmi les 57 malades possédant un recul de 2 ans (42 survies post-opératoires), nous notons 16 survivants :

- soit 28 % de survie globale

- soit 38 % de survie post-opératoire

5 des 16 survivants à 2 ans, décèderont entre 2 et 3 ans.
8 sont actuellement en vie et un seul présente des signes de récidive.

Dans les survies à 2 ans, la technique d'exérèse montre des différences significatives :

. sur 7 malades ayant subi une oesophagectomie totale, une seule survie à deux ans (soit 14,2 %).

. Sur les 50 malades ayant subi une résection anastomose en un temps : 15 survivants soit 30 % de survie en 2 ans.

La différence entre ces deux chiffres n'est pas seulement expliquée par la lourde mortalité post-opératoire après oesophagectomie totale, et les résultats lointains des oesophagectomies totales n'apparaissent pas supérieurs à ceux des résections anastomoses.

- Pour MAILLET (129), les constatations sont analogues puisque les oesogastrectomies par voie droite donnent 34 % de survie à 2 ans, contre 14 % pour les interventions en 2 temps.

b) Sur les 44 malades possédant un recul de 3 ans (32 survivants post-opératoires) nous retrouvons 11 survivants, soit 25 % de survie à 3 ans (6 sont actuellement vivants).

c) Enfin, sur 28 malades possédant un recul de 5 ans, (20 survivants post-opératoires), nous retrouvons 5 survivants (dont 3 actuellement en vie, sans signe de récidive).

- soit une survie de 17,8 % à 5 ans
- soit une survie post-opératoire de 25 % à 5 ans.

Les chiffres habituellement retrouvés pour le 1/3 moyen sont légèrement inférieurs :

- MAILLET (129) de 7,5 % à 8,6 % à 5 ans

- Pour COLLIS (37), l'espoir de survie post-opératoire est de 15 % à 5 ans.

-Pour GIULI et LORTAT-JACOB (64), le taux de survie de l'ensemble des patients qui ont subi une opération de Torek ne dépasse pas 3 % à 5 ans, contre 6 à 10 % pour les résections-anastomoses.

- NAKAYAMA (154) fait état de chiffres largement supérieurs, puisque la survie post-opératoire à 5 ans varie pour les cancers du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, de 19,1 % à 37,5 %, selon qu'il envisage la chirurgie isolée ou l'association radiochirurgicale.

3) LE CANCER DU 1/3 INFERIEUR

La survie globale des cancers du 1/3 inférieur est représentée sur le graphique n° II.

- 50 % de survies à 1 an
- 15,7 % de survies à 2 ans
- 4,1 % de survies à 5 ans

En ne tenant compte que des survies post-opératoires, le taux à 2 ans passe à 20 %, à 5 ans à 5,8 %, soit très en-dessous de la moyenne générale.

On ne peut incriminer le taux de mortalité opératoire qui reste inférieur à la moyenne,ni un pourcentage excessif d'exérèses palliatives.

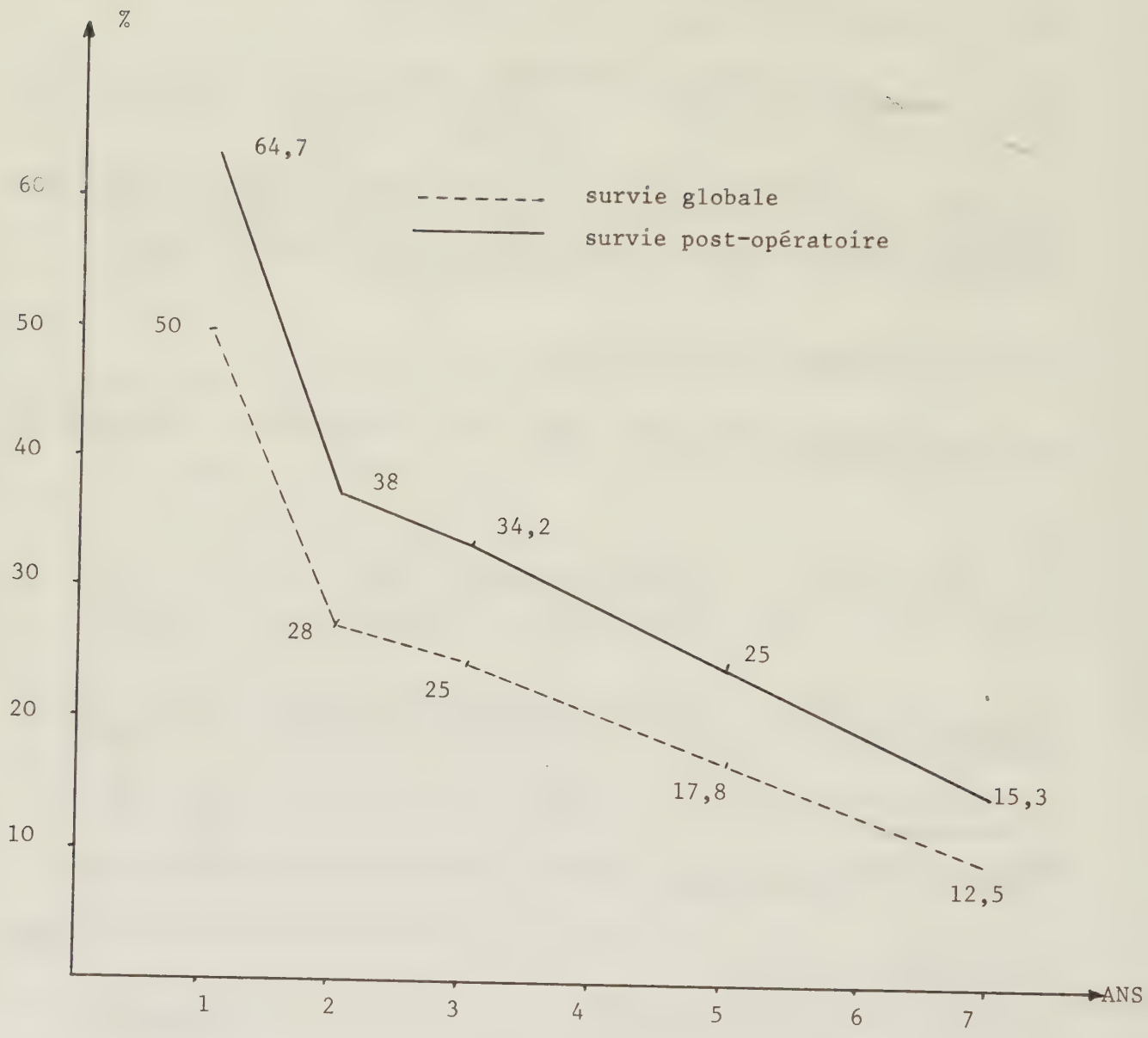
Nous n'avons pas trouvé d'explications à ces chiffres, en dehors du fait qu'il s'agit d'une série courte (47 cas).

Rappelons que la plupart des cancers du 1/3 inférieur étaient des carcinomes épidermoïdes (40 sur 47).

Ces résultats nous ont paru d'autant plus surprenants, que pour la plupart des auteurs, l'épithélioma spino-cellulaire du 1/3 inférieur possède le meilleur pronostic des cancers oesophagiens.

- Pour COLLIS (37), la survie post-opératoire des seuls carcinomes épidermoïdes du 1/3 inférieur atteint 24,5 % à 5 ans. YOUNGHUSBAND (217) fait les mêmes remarques.

- Pour GIULI (64) la survie post-opératoire après résection anastomose pour cancer du 1/3 inférieur est de 18,8 % à 5 ans, contre 10,5 % pour le 1/3 moyen.



III - SURVIE DES CANCERS DU 1/3 MOYEN

- Pour MILLER (136) 10 survies à 5 ans sur 44 résections radicales.

4) LE CANCER DU CARDIA

a) Le taux de survie globale à un an (65 %) est nettement plus élevé que la moyenne des cancers oesophagiens : ceci est en partie lié à la plus faible mortalité opératoire des cancers du cardia, mais aussi à la moins grande fréquence des récidives précoces, en particulier métastatiques.

b) Le taux de survie à 2 ans reste important : 32,4 % : 12 survivants sur 37 patients (mais 5 malades décèdent entre 2 et 3 ans et 8 sur 12 sont actuellement décédés).

Notons encore qu'il n'y a aucun survivant à 2 ans après les gastrectomies totales, mais celles-ci ont été pratiquées par nécessité.

- Pour GIULI et LORTAT JACOB (65), la survie offerte aux patients porteurs d'un cancer du cardia limité, par une gastrectomie totale élargie, est supérieure à celle que l'on peut espérer des autres interventions (40 % de survie à 5 ans , contre 10 % pour les gastrectomies totales de nécessité, etaucune survie à 5 ans pour les gastrectomies polaires supérieures).

c) A 5 ans, le taux de survie est de 20 % et le taux de survie post-opératoire est de 23,4 %

- Beaucoup d'auteurs ne distinguent pas la survie des cancers du cardia et l'englobent avec celle des cancers du 1/3 inférieur :

LE ROUX (112) : 5 % à 5 ans
HUMPHREY (89) : 6 % à 5 ans
MAGILL (122) : 8,8 % à 5 ans
LOGAN (114) : 16 % à 5 ans.

- Lorsqu'elle est étudiée séparément, la survie des adénocarcinomes du cardia apparaît le plus souvent inférieure à celle des cancers oesophagiens, (LORTAT-JACOB (64), MILLER (136)).

Pour le Département de Chirurgie (TUMOR INSTITUTE-PEKIN) (45), la survie à 5 ans est de 14,7 % pour le cardia, contre 29 % pour les cancers oesophagiens.

DIETRICH et ELLIS Jr. (47) pensent que l'envahissement de l'oesophage inférieur par l'adénocarcinome est de très mauvais pronostic.

Dans une revue de 1613 cas de la littérature, ZENKER (219) trouve une survie de 13,3 % pour les cancers du 1/3 inférieur, 10 % pour ceux du cardia et 7, 4 % pour les cancers du 13 moyen.

C) LA SURVIE SELON LE SEXE

Si la majorité des patients porteurs d'une tumeur de l'oesophage ou du cardia sont de sexe masculin, il semble bien que sur le plan de la survie éloignée, le sexe féminin soit favorisé.

Pour YUNGHUSBAND (217), APPELQUIST (10), MILLER (136), le taux d'opérabilité, de résécabilité, la mortalité opératoire etle pronostic sont bien meilleurs chez la femme.

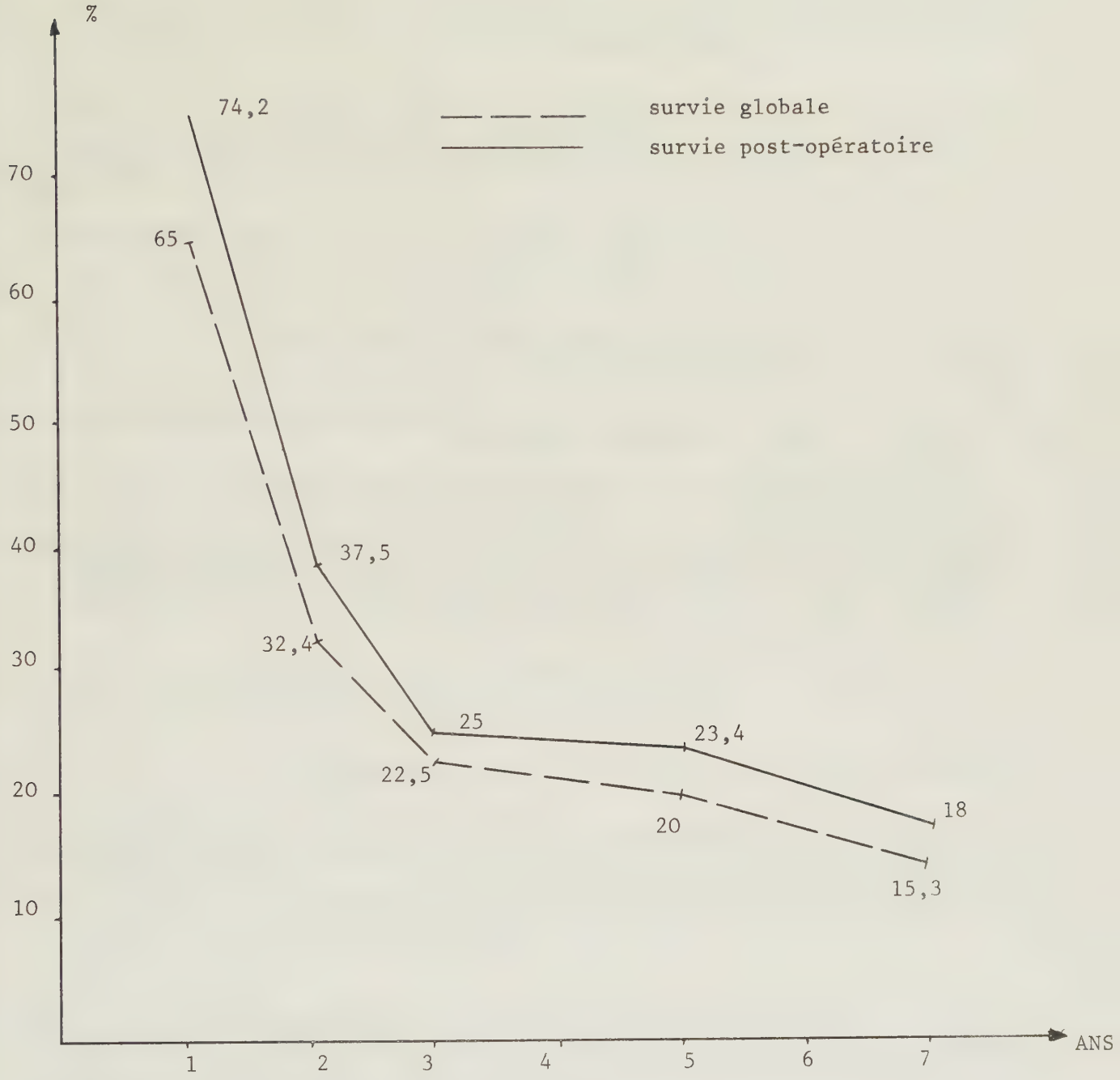
COLLIS (37) note une survie post-opératoire à 5 ans de 14 % pour les hommes et de 15,7 % pour les femmes.

Parmi nos 185 exérèses, nous trouvons 23 femmes : la mortalité opératoire et la survie éloignée sont très nettement plus favorables pour le sexe féminin :

- recul à 2 ans :

  . sur 17 cas féminins (0 décès post-opératoire)
    8 survies à 2 ans, soit 47 % de survie globale à 2 ans.

  . sur 128 cas masculins (41 DPO)
    29 survies à 2 ans, soit 22,5 % de survie globale à 2 ans.



IV - CANCERS DU CARDIA

- recul à 5 ans :

  . sur 10 cas féminins : 4 survies à 5 ans, soit 40 % de survie à 5 ans (3 vivants à 5, 10 et 13 ans) 1 décès à 6 ans 1/2. Il s'agit de deux cancers du cardia et de deux cancers du 1/3 moyen.

  . sur 65 cas masculins : 6 survies à 5 ans, soit 9,23 % de survie à 5 ans (3 vivants).

D) LA SURVIE EN FONCTION DU DELAI DE CONSULTATION

Le diagnostic de cancer de l'oesophage est souvent porté avec retard par rapport aux premiers symptômes.

Il était intéressant de savoir s'il existait une relation nette entre la durée des symptômes et la survie éloignée.

Nous avons étudié la survie post-opératoire des patients ayant subi l'exérèse de leur tumeur moins de 3 mois après le début apparent des premiers signes cliniques et nous l'avons comparée à ceux pour qui l'exérèse est survenue après 3 mois d'évolution (de 3 mois à 1 an).

- Survie post-opératoire des patients opérés avant 3 mois :

  . à 2 ans : 46,5 % (20 sur 43)

  . à 5 ans : 15,3 % (4 sur 26)

- Survie post-opératoire des patients opérés après 3 mois :

  . à 2 ans : 27,8 % (17 sur 61)

  . à 5 ans : 20 % (6 sur 30).

La survie post-opératoire à 2 ans est supérieure pour les sujets opérés précocément, mais la différence disparaît et s'inverse au fil des années. La nette différence à deux ans est liée à la pénalisation apportée par la mortalité opératoire supérieure chez les sujets opérés tardivement (31 % contre 23 %).

Il semble donc que le délai de consultation avant le traitement n'aitpas en soi de valeur réelle pour le pronostic lointain, et la survie est, nous le verrons, surtout liée aux données histologiques.

- DIETRICH (47), LEE (110), MILLER (136) ne retrouvent pas de différence significative dans la survie, selon le délai écoulé entre les premiers signes et le début du traitement.

- Pour LEROUX (112), YOUNGHUSBAND (217), le délai a même été plus long pour les survies éloignées que pour les décès précoces après exérèses et les cas inopérables.

E/ - SURVIE EN FONCTION DE LA TAILLE TUMORALE

Nous n'avons pas pu pratiquer une courbe de survie en fonction des dimensions de la tumeur car les données opératoires ou histologiques étaient souvent incomplètes sur ce point.

AKAKURA (6) observe qu'au-dessus de 5 cm, les résections sont presque toujours palliatives. Devant de telles tumeurs, la mortalité opératoire est doublée pour MILLER (136) et les chances de survie à 5 ans restent faibles. Une étude précise de GARY-GOBO (59) montre qu'à 2 ans, le pronostic varie selon la taille tumorale : T2 : 46 % - T3 : 23 %.

F/ - SURVIE EN FONCTION DES DONNEES HISTOLOGIQUES

Nous avons étudié la survie en fonction de certains paramètres anatomo-pathologiques.

Nous retiendrons surtout les survies post-opératoires à 2 et 5 ans, puisque seuls les patients survivants à l'exérèse sont exposés aux risques de récidive, mais nous signalerons chaque fois l'incidence de la mortalité opératoire. Nous avons calculé la moyenne de survie en mois pour tous les malades ayant le recul suffisant de 2 ans.

1) L'EXTENSION EN EPAISSEUR

L'extension tumorale à travers la paroi oesophagienne est un des éléments fondamentaux du pronostic.

- Les cancers muqueux ou sous-muqueux (stade 1 ou cancers au début) sont rares. Nous n'en avons retrouvé que 4 cas dont le recul est actuellement insuffisant pour juger de l'évolution. Le dépistage et le diagnostic de lésions au début devrait logiquement améliorer considérablement

SURVIES A 5 ANS : 10 CAS SUR 75 MALADES (56 SURVIVANTS A L'INTERVENTION)

SIEGE DE LA TUMEUR	RESECTION PALLIATIVE	MUSCULEUSE ENVAHIE ET DEPASSEE	PERIOESOPHAGE ENVAHI	GANGLIONS ENVAHIS	SURVIE
MOYEN	—	—	—	ABDOMINAUX	10 ANS
MOYEN	—	—	—	—	7 ANS 1/2
MOYEN	—	—	—	—	5 ANS 1/2 DECEDE CARDIAQUE
MOYEN	—			—	5 ANS 1/2 DECEDE METASTASE
MOYEN	—	+		—	5 ANS
INFERIEUR	—			ABDOMINAUX	7 ANS
CARDIA	—	+			13 ANS
CARDIA	—	+		ABDOMINAUX	10 ANS 1/2
CARDIA	—	—		ABDOMINAUX	6 ANS 1/2 DECEDE RECIDIVE LUMINALE
CARDIA	—	—			5 ANS DECEDE METASTASE

les chiffres de survie. Les statistiques sont rares, pourtant, dans sa thèse sur les cancers oesophagiens au début, MARCHAT (130) signale deux études importantes :

. celle de NABEYA (1971) fait état de 28 cancers au début : tous les survivants à l'intervention (soit 21 cas) ont dépassé 2 ans.

. La série chinoise du "Coordination Group for Research of esophageal Cancer" est plus significative encore, puisque sur les 52 cancers au début, les auteurs notent 9 décès (2 DPO, une récidive : 1 an, un récidive cervicale : 4 ans et 5 décès par maladies intercurrentes : 4 ans) Sur les 43 vivants, 21 ont dépassé 5 ans d'évolution, soit près de la moitié des opérés.

- Nous avons étudié pour nos patients la survie, en fonction de l'extension par rapport à la musculeuse : (dépassée ou non) par l'infiltration tumorale.

STADES	2 ANS				5 ANS			
	CAS	DPO	SURVIVANTS	% SURVIE POST-OPERATOIRE	CAS	DPO	SURVIVANTS	%
MUSCULEUSE ENVAHIE MAIS NON DEPASSEE (STADE II)	28	7	11	53,2 %	17	5	5	41,6%
MUSCULEUSE DEPASSEE (STADE III)	91	18	20	27,3 %	36	6	3	10%

Dans le Stade II : sur 11 survies à 2 ans, 5 patients sont actuellement vivants.

Dans le Stade III : sur 20 survies à 2 ans, il ne reste que 7 malades actuellement vivants.

La survie moyenne des malades confirme bien les pourcentages de survie post-opératoire puisqu'elle est de 32 mois dans le Stade II et redescend à 15 mois dans le Stade III.

NAKAYAMA (151) analyse les survivants à 5 ans : (71 cas en 1961) : dans 50 % des cas, l'envahissement tumoral n'avait pas dépassé la "barrière musculaire".

Pour YOUNGHUSBAND le franchissement de la musculeuse est une facteur très péjoratif puisque la survie globale à 5 ans passe de 40 % à 4 %.

2) L'EXTENSION AU TISSU CELLULAIRE PERIOESOPHAGIEN

L'existence d'une atteinte néoplasique du tissu cellulaire péri-oesophagien, ou de ses ganglions, permet d'espérer une survie qui, dans notre statistique, reste très limitée.

- à 2 ans : l'atteinte du tissu cellulaire péri-oesophagien donne une survie post-opératoire de 13,3 % (4 survies sur 41 exérèses : 10 DPO).

- à 5 ans : aucune survie sur 15 survivants à l'intervention

Ces taux sont très inférieurs à ceux des patients qui étaient exempts d'envahissement à ce niveau.

- à 2 ans : 76,9 % de survie post-opératoire
(10 survies sur 17 exérèses : 4 DPO)

- à 5 ans : 5 malades seulement possèdent le recul
(1 DPO, un décès à 2 ans 1/2 par récidive,
3 survies à 5 ans).

Pour GIULI et LORTAT-JACOB (64), l'atteinte du tissu péri-oesophagien donne une survie post-opératoire de 23,6 % à 2 ans, contre 35,1% lorsque celui-ci est respecté par l'extension tumorale ; ensuite la survie reste stationnaire et parallèle, à des taux supérieurs à 18 % pour l'ensemble des opérés.

Pour HUMPHREY (89) la survie post-opératoire des résections sans envahissement du tissu cellulaire péri-oesophagien décroit progressivement.

50 % à 1 an, 25 % à 3 ans, 14 % à 5 ans

3) L'EXTENSION LYMPHATIQUE

L'incidence de l'extension lymphatique sur la survie opératoire est notée dans presque toutes les statistiques et l'envahissement ganglionnaire reste dans l'ensemble péjoratif. Néanmoins, l'étude séparée en fonction du temps et des groupes ganglionnaires envahis apporte quelques nuances très intéressantes sur le plan du pronostic.

	2 ANS				5 ANS			
	CAS	DPO	SURVIVANTS	%	CAS	DPO	SURVIVANTS	%
N -	50	13	16	43,2%	25	6	4	21 %
N +	65	10	15	27,2%	30	5	4	16 %

a) Le tableau des survies post-opératoires mérite quelques réflexions :

- la mortalité opératoire est identique que les ganglions soient envahis ou non.

- l'étude de la survie post-opératoire à 2 ans montre une différence significative lorsque les ganglions sont envahis (27,2 % contre 43 %)

- mais la différence s'amenuise peu à peu et les courbes de survie post-opératoire se rejoignent à la 5ème année à un taux voisin de la moyenne générale des survies post-opératoires (17,8 %).

La présence de ganglions envahis par le processus tumoral est donc globalement hautement péjorative, mais elle permet toutefois quelques survies prolongées.

+ Pour NAKAYAMA (151), seulement 28 % des survivants à 5 ans n'avaient pas de métastases ganglionnaires lors de l'exérèse.

+ 60 % des malades survivants à 3 ans présentent des ganglions indemnes pour EFSKIND (51).

+ GIULI et LORTAT-JACOB (64) étudient la survie post-opératoire comparée en fonction de l'extension ganglionnaire :

. lorsque les ganglions sont sains : 38,8 % à 2 ans
26,4 % à 5 ans

. lorsque les ganglions sont envahis la différence est nette et significative : 19 % à 2 ans
18,6 % à 5 ans.

+ MAILLET (129) établit un rapprochement entre les constatations opératoires et les survies éloignées à 2 ans :

. Lorsqu'une adénopathie a été décelée : 56 % de survies

. en présence de ganglions enlevés et indemnes : 41 % de survies,

. en présence de ganglions enlevés et envahis : 20 % de survies à 2 ans.

+ Pour ZACHO (218) la survie à 5 ans passe de 64 % à 9 % lorsque les ganglions sont envahis dans les tumeurs du cardia.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la constatation d'un envahissement ganglionnaire diminue très sensiblement les chances de survie, quel que soit le soin apporté au curage ganglionnaire abdominal et thoracique.

b) Les survivants à 5 ans avec ganglions envahis

- 40 % de nos survivants à 5 ans présentent un envahissement ganglionnaire (4 sur 10),

- sur 55 opérés de plus de 5 ans, nous retrouvons 30 fois un envahissement ganglionnaire : 4 seulement survivent plus de 5 ans.

N +	SIEGE DU CANCER	SURVIE
COELIAQUES	CARDIA	10 ANS 1/2 - VIVANT
COELIAQUES	1/3 MOYEN	10 ANS - VIVANT
COELIAQUES	1/3 INFERIEUR	7 ANS - VIVANT
COELIAQUES	CARDIA	6 ANS 1/2 - DECEDE RECIDIVE LOCALE

L'observation d'une de nos patientes est démonstrative :

CAN... Jeanne, 54 ans.

1950 : néoplasme du sein droit : halstedt suivi de 50 séances de radiothérapie à 3 champs.

1955 : néoplasme du sein gauche : halstedt suivi de 40 séances de radiothérapie.

1964 : dysphagie depuis un mois avec gêne rétro-sternale.

Rx : image lacunaire du I/3 moyen - hernie hiatale
Oesophagoscopie : ulcération à 29 cm - biopsie + cardia ectopique

5/2/64 : Double voie abdominale et thoracique droite : oesophagectomie sub-totale et anastomose oesogastrique termino-latérale sus-aortique - curage ganglionnaire soigneux.

SPO simples.

Pièce : carcinome épidermoïde indifférencié respectant l'adventice avec un ganglion coronaire stomachique envahi - tissu cellulaire péri-oesophagien sain.

Revue tous les deux ans depuis 1965.

Nov. 1973 : excellent état général - alimentation normale.

La présence de ganglions abdominaux ne semble pas forcément péjorative, puisqu'elle permet des survies prolongées (102).

SCANLON (190) fait les mêmes remarques.

EFSKIND (51) note deux survies supérieures à 5 ans malgré un envahissement des ganglions coeliaques.

Pour LORTAT-JACOB, l'envahissement des ganglions péri-cardiaux et coronaires est moins significative que l'envahissement des ganglions latéro-tumoraux ou intertrachéobronchiques.

c) Les survivants à 3 ans avec ganglions envahis.

N +	SIEGE DU CANCER	SURVIE
COELIAQUES	CARDIA	10 ANS 1/2
COELIAQUES	MOYEN	10 ANS
COELIAQUES	INFERIEUR	7 ANS
COELIAQUES	CARDIA	6 ANS 1/2 DECEDE RECIDIVE LOCALE
COELIAQUES	MOYEN	3 ANS 1/2 RECIDIVE LOCO-REGIONALE
RECURRENTIELS	SUPERIEUR	3 ANS DECEDE METASTASES
TRACHEOBRONCHIQUES	SUPERIEUR	RECIDIVE LUMINALE 3 ANS
COELIAQUES	CARDIA	3 ANS

Le 1/3 de nos malades survivants à 3 ans (8 sur 24) présentait lors de l'exérèse un envahissement ganglionnaire. Nous notons toujours la prédominance des ganglions abdominaux parmi les survivants à 3 ans.

d) Le pronostic de l'envahissement ganglionnaire en fonction de sa localisation.

L'étude du tableau confirme le meilleur pronostic de l'envahissement des ganglions abdominaux.

SURVIE POST-OPERATOIRE A 2 ANS

EN FONCTION DE L'ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE

N +	CAS	DPO	SURVIVANTS	%	MOYENNE DE SURVIE
GG ABDOMINAUX	23	2	8	38 %	30 MOIS
GG THORACIQUES	15	3	4	33,3%	14 MOIS
GG ABDOMINAUX ET THORACIQUES	26	5	3	14,2%*	9 MOIS

* aucun survivant à 3 ans.

MAILLARD (124) fait une étude précise des pièces de résections. L'envahissement ganglionnaire thoracique est de mauvais pronostic ; mais comme SCANLON (190), une étude comparative entre les données opératoires macroscopiques et histologiques lui permet d'affirmer qu'il ne faut tenir aucun compte de l'aspect macroscopique des ganglions, dans un sens ou dans l'autre.

Notre étude nous a montré que si les ganglions intertrachéo-bronchiques n'étaient jamais envahis dans les cancers du cardia, il n'en va pas de même dans le sens inverse puisque les ganglions abdominaux sont très souvent envahis pour les cancers du 1/3 moyen (21 fois sur 36), justifiant la systématisation du curage coeliaque.

Pour MAILLARD (123) l'extension aux ganglions abdominaux se voit même dans 8 % des cancers du 1/3 supérieur.

Enfin, la présence d'une extension lymphatique mixte abdominale et thoracique paraît très péjorative et témoigne de la diffusion de l'extension néoplasique.

4) L'ETUDE DES TRANCHES DE SECTION a été pratiquée 90 fois, dans 16 cas un envahissement fut noté.

- sur 13 malades possédant un recul de 1 an (2 DPO), nous notons 6 survies.
- mais à 2 ans, le taux de survie post-opératoire est de 27,2 % (3 sur 11).

Un seul malade vit actuellement : (résection anastomose pour 1/3 supérieur après Cobalt pré-opératoire, avec envahissement de la section supérieure, mais sans envahissement ganglionnaire ; survie actuelle de 4 ans).

Pour MAGILL (122) les récidives intra-luminales ne sont pas plus nombreuses lorsque la tranche de section est envahie.

MAILLARD (124) ne note aucune différence dans le taux de survie en fonction de la distance de la tranche de section à la limite supérieure de la tumeur (qu'elle passe à 2 cm ou plus, ou même que la tranche soit envahie !!)

Nous étudierons les relations entre ces données et les récidives intra-luminales au Chapitre suivant.

5) LES RESECTIONS PALLIATIVES

46 exérèses délibérément palliatives ont été pratiquées.

- Pour 139 cas, les données opératoires laissaient espérer le caractère "radical" de l'exérèse (cette définition ne tient pas compte des résultats anatomo-pathologiques des ganglions, des tranches de section, de l'extension en profondeur).

	2 ANS		5 ANS	
	SURVIE GLOBALE	SURVIE POST-OPERATOIRE	SURVIE GLOBALE	SURVIE POST-OPERATOIRE
EXERESES PALLIATIVES	8,3 %	12,5 %	—	—
EXERESES APPAREMMENT RADICALES	31,2 %	42,5 %	18,1 %	20 %

- Dans le groupe des exérèses palliatives nous ne notons aucune survie à 5 ans et 3 malades seulement ont franchi le cap de la 2ème année sur 36 opérés (12 DPO) (2 cardia ; un 1/3 inférieur).

- La moyenne de survie de la totalité des malades ayant un recul de 2 ans se situe entre 9 et 10 mois, c'est à dire bien supérieure à la moyenne de survie des thérapeutiques purement palliatives.

Rappelons que globalement, les méthodes palliatives apportent une survie post-opératoire de 2 % à 2 ans.

Sur les 38 exérèses palliatives dont le recul est supérieur à 1 an :

- nous déplorons 11 décès post-opératoires :

1/3 supérieur : 3
1/3 moyen : 6
cardia : 2

- Parmi les 27 survivants :

. 22,2 % (6 cas) ne bénéficieront d'aucune amélioration fonctionnelle (récidives précoces ou cachexie)

1/3 supérieur : 2
1/3 moyen : 2
1/3 inférieur : 2

. Pour 22,2 % la survie a été confortable pendant une durée variant entre 2 et 6 mois.

1/3 moyen : 5
1/3 inférieur : 1

. Pour 22,2 % la survie a été confortable pendant une durée variant de 6 mois à 1 an :

1/3 moyen : 4
1/3 inférieur : 1
Cardia : 1

. Enfin, pour 33,3 % l'amélioration a été notée pendant une durée supérieure à 1 an :

1/3 moyen : 2 (13 et 16 mois)
1/3 inférieur : 4 (14 et 16 mois)
Cardia : 3 (18 mois, 1 survie à 4 ans 1/2).

La seule thérapeutique palliative dont les résultats sont voisins des exérèses palliatives est la radiothérapie, en particulier pour les localisations hautes (rappelons que sur 20 patients récusés et traités par radiothérapie, 15 furent améliorés pendant une durée moyenne de 8 mois).

En dehors de l'irradiation, les autres méthodes palliatives donnent rarement des survies supérieures à 6 mois et la qualité de leur confort est bien médiocre.

Ainsi, malgré la stricte définition que nous avons adoptée, l'exérèse palliative semble se justifier dans le maximum de cas.

Peut-être serait-il intéressant de la compléter par une irradiation post-opératoire : ELLIS et GUNNLAUGSSON (84) ont traité ainsi 10 malades, 8 ont eu une survie supérieure à 1 an, l'un d'eux a survécu 7 ans.

Sur 97 exérèses palliatives, ils n'enregistrent que 2 survies à 5 ans.

Pour MAILLARD, les exérèses palliatives élargies au-delà des limites du médiastin sont inutiles, elles doivent seulement viser à rétablir une déglutition correcte.

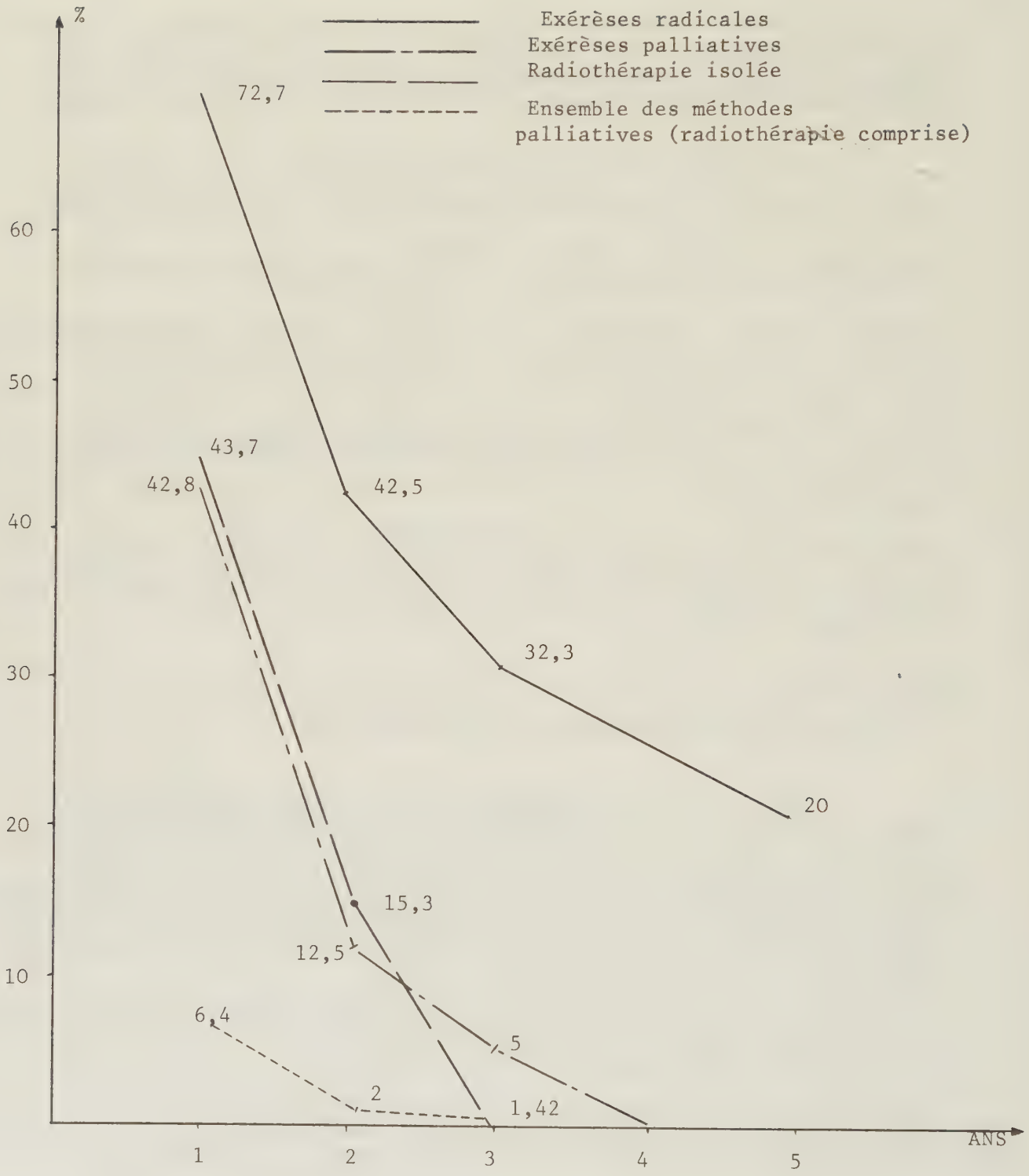
D'autres ont pratiqué avec succès des résections étendues à la trachée (205). La classification adoptée par MAILLET (129) permet de noter à 2 ans : 19 % de survies post-opératoires pour les exérèses palliatives, contre 68 % pour les exérèses radicales.

G/ - LA SURVIE APRES ASSOCIATION RADIO-CHIRURGICALE

Dans le cancer très grave qu'est celui de l'oesophage, le traitement chirurgical et la radiothérapie furent longtemps en compétition. Actuellement, pour tous les auteurs, le traitement curatif des cancers oesophagiens est réservé à la chirurgie (cancers du 1/3 supérieur exceptés). Mais les études de survie après radiothérapie curative isolée (MEYNARD (133)) montrent des résultats qui, bien que moyens ou médiocres dans 60 % des cas, permettent quelques rares survies à 5 ans (2 sur 110 cas) - Pour ROBERTSON (178) : 17 % de survie à 3 ans, 8 % à 5 ans.

Ces résultats autorisaient à préconiser la mise au point et le développement des techniques d'association radiochirurgicale, dans le but d'améliorer les résultats à long terme.

L'association radiochirurgicale (irradiation pré-opératoire, I.P.O.P selon la technique décrite plus haut) a été pratiquée 48 fois sur 141 cancers oesophagiens : 9 : 1/3 supérieur, 33 : 1/3 moyen, 6 : 1/3 inférieur.



SURVIE POST-OPERATOIRE DES CANCERS
DE L'OESOPHAGE ET DU CARDIA

Nous avons volontairement pratiqué l'étude de l'association radiochirurgicale en fonction de la localisation du cancer, de façon à permettre des comparaisons plus valables avec les résultats de la chirurgie isolée.

1) LA SURVIE POST-OPERATOIRE DES CANCERS DU 1/3 MOYEN APRES I.P.O.P

- L'incidence de la mortalité opératoire ne joue pas puisque elle est identique pour la chirurgie isolée et l'association radiochirurgicale.

- Les fluctuations des pourcentages de survies post-opératoires aux diverses périodes étudiées permettent de tirer quelques enseignements.

- A partir de 2 ans, le pourcentage varie plus progressivement. L'I.P.O.P ne semble pas diminuer le pourcentage de récidives précoces, au contraire, un maximum apparaissent avant ce délai (12 sur 17).

- A 2 ans :

. L'association radiochirurgicale donne 6 survies sur 20 patients, soit 30 %

. La chirurgie isolée donne 10 survies sur 22 patients, soit 45,4 %

Nous notons que la proportion de malades vivants à l'heure actuelle parmi les survies de 2 ans, est identique quelle que soit la méthode utilisée (3 sur 6 pour l'I.P.O.P, 5 sur 10 pour la chirurgie isolée).

- A 5 ans :

. L'association radiochirurgicale donne une survie sur 6 patients, soit 16,6 % (un malade vivant).

. La chirurgie isolée donne 4 survies sur 14 patients, soit 28,5 % (2 malades vivants à 7 et 10 ans).

Le nombre de cas que nous présentons est trop faible pour juger l'association radiochirurgicale de façon formelle et définitive ; pourtant nos résultats nous paraissent décevants à bien des égards :

- Notre sélection nous a amené à confier généralement à l'I.P.O.P les sujets les plus résistants et à récuser pour l'association radiochirurgicale les tumeurs qui paraissaient trop volumineuses ou qui refoulaient l'arbre aérien.

Ainsi, sur 141 cancers oesophagiens, 37 exérèses palliatives ont été pratiquées : 17 seulement avaient été précédées d'une I.P.O.P Il nous a paru intéressant de savoir si l'I.P.O.P avait modifié le pronostic de ces exérèses palliatives.

. 17 exérèses palliatives précédées d'I.P.O.P

+ à 2 ans : aucune survie sur 7 survivants post-opératoires.

+ à 1 an : 2 survies sur 8 survivants post-opératoires

. 20 exérèses palliatives sans I.P.O.P :

+ à 2 ans : 1 survie sur 10 survivants post-opératoires

+ à 1 an : 5 survies sur 10 survivants post-opératoires.

L'association radiochirurgicale ne semble donc apporter aucune amélioration sur les survies éloignées des exérèses palliatives.

L'écart enregistré dans les durées moyennes de survie des exérèses palliatives :

+ 4 mois avec cobalt

+ 10 mois sans cobalt

est en partie lié à la mortalité opératoire très élevée dans le premier cas (8 décès sur 15).

A ce sujet, une remarque s'impose : quelques auteurs : AKAKURA (5), GOODNER (74) ont remarqué que l'irradiation pré-opératoire semblait augmenter le pourcentage de résécabilité chez les sujets soumis à une exploration chirurgicale à visée curative. On peut se demander si cette augmentation n'est pas plus apparente que réelle, et si les cas les plus graves ne sont pas plus souvent confiés d'emblée à la chirurgie ?

- Nous avons étudié la fréquence de l'envahissement ganglionnaire après chirurgie seule et après association radiochirurgicale :

. après association radiochirurgicale, sur 33 cas, les ganglions étaient :

+ 17 fois envahis

+ 14 fois indemnes (2 fois non précisé)

. après chirurgie isolée sur 47 cas, les ganglions étaient :

+ 19 fois envahis

+ 24 fois indemnes (4 fois non précisé).

L'extension lymphatique est donc aussi souvent notée après association radiochirurgicale, qu'après chirurgie seule, mais surtout, la survie des patients indemnes de tout envahissement ganglionnaire ne se trouve pas améliorée après association radiochirurgicale, et les récidives y sont relativement plus nombreuses :

. à 2 ans lorsque les ganglions étaient indemnes, l'I.P.O.P permet 5 survies sur 10 cas, et la chirurgie seule permet 8 survies sur 12 cas.

Mais pour NAKAYAMA (153) l'association radiochirurgicale donne 100 % de survies post-opératoires à 3 ans en cas d'envahissement ganglionnaire, lorsque la chirurgie seule ne donne que 35,7 % de survies.

- Enfin, sur les 26 survivants à l'intervention après I.P.O.P le pourcentage de récidive reste très important, en particulier pour les récidives médiastinales que l'on aurait pu espérer moins nombreuses et moins rapides.

Sur 26 cas, 19 sont actuellement décédés ; les causes et les dates du décès ont été étudiées :

. cause inconnue : 2 cas - 8 mois, 1 an

. récidive intraluminale : 3 Cas - 8 mois, 14 mois, 14 mois

. récidives médiastinales : 7 cas

3 fois < 1 an

3 fois entre 1 et 2 ans

1 fois à 3 ans 1/2

. récidives métastatiques : 4 cas

rénales : 7 mois

hépatiques : 1 an 20 mois

pulmonaires : 2 ans 1/2

. récidives sus-claviculaires et cervicale : 1 cas - 4 mois

. récidives abdominales : 2 cas (18 mois - 2 ans)

2) LA SURVIE POST-OPERATOIRE DES CANCERS DU 1/3 SUPERIEUR APRES I.P.O.P

9 sujets sur 14 ont subi une I.P.O.P

- Nous notons parmi eux 6 décès post-opératoires et 2 décès secondaires (4 mois : métastases pulmonaires - 3 ans : métastases pulmonaires et hépatiques) - Un seul patient est vivant 4 ans après l'intervention.

- Par comparaison sur 5 cas d'exérèse, sans I.P.O.P, nous notons un décès post-opératoire - 2 décès < 1 an - 2 survies à 6 mois et à 3 ans.

3) LA SURVIE POST OPERATOIRE DES CANCERS DU 1/3 INFERIEUR APRES I.P.O.P

Sur 47 patients, 6 ont subi une I.P.O.P

Nous notons 4 décès secondaires :

+ affection intercurrente : 4 mois
+ récidive médiastinale : 9 mois
+ métastases hépatiques : 1 an
+ récidive intra-luminale : 18 mois

. et 2 survies :

+ 3 ans 1/2 (actuellement néoplasme ORL)

+ 7 ans (malgré envahissement ganglionnaire abdominal)

Pour le 1/3 supérieur et le 1/3 inférieur, le nombre restreint d'observations ne nous permet aucune conclusion et bien que les résultats apparaissent légèrement supérieurs, l'I.P.O.P ne fait pas la preuve formelle de son efficacité.

4) LA SURVIE EN FONCTION DES EFFETS HISTOLOGIQUES DE L'I.P.O.P

L'aspect histologique de la tumeur retrouvée à l'exérèse peut être modifié par l'I.P.O.P, mais ces modifications histologiques sont variables selon le rapport dose/temps et selon l'intervalle écoulé entre l'irradiation et la chirurgie.

Pour NAKAYAMA (154) l'intensité des modifications cellulaires est bien supérieure après irradiation concentrée.

Les lésions histologiques peuvent être intenses et aller jusqu'à la stérilisation tumorale complète de la pièce d'exérèse.

- Dans 5 cas, la stérilisation tumorale fut presque totale, seules quelques rares travées néoplasiques furent retrouvées :

. 1 décès post-opératoire

. 3 décès secondaires :

+ 16 mois : récidive médiastinale abcédée

+ 2 ans 1/2 : métastases pulmonaires

+ 3 ans : métastases pulmonaires et hépatiques

+ une survie à 5 ans ;

- Dans 3 cas, la stérilisation tumorale fut totale ;

. aucune modification de la technique d'irradiation n'a été signalée pour ces 3 patients.

. Nous avons noté l'évolution de ces 3 patients :

+ 1 décès post-opératoire

+ 1 décès par récidive médiastinale : 1 an

+ 1 décès de cause inconnue : 1 an

Il faudrait un plus grand nombre d'observations pour affirmer le meilleur pronostic des tumeurs partiellement ou totalement stérilisées par l'I.P.O.P. De toute façon, la stérilisation tumorale n'est pas l'effet recherché. L'I.P.O.P vise surtout à éviter la dissémination per-opératoire des cellules néoplasiques ; celles-ci sont retrouvées par NAKAYAMA (154) dans la cavité thoracique, dans 43,3 % des cas au cours de l'oesophagectomie totale, et, dans la cavité thoracique ou l'abdomen dans 68,4 % des résections de l'osophage inférieur du cardia.

5) LES DONNEES DE LA LITTERATURE

Elles sont très contradictoires.

- Les chiffres les plus brillants et les plus significatifs proviennent du Japon :

. NAKAYAMA (1967), (154), compare la survie post-opératoire des cancers du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, traités par irradiation seule, chirurgie seule et association radiochirurgicale (irradiation concentrée).

Survie à 2 ans :

radiothérapie : 9,8 %

chirurgie : 21,3 %

association radiochirurgicale : 35 %

Survie à 5 ans :

radiothérapie : 7,7 %

chirurgie isolée : 19,1 %

association radiochirurgicale : 37,5 %

. AKAKURA (1965) (5),
L'irradiation fractionnée pré-opératoire donne 46 % de survie à 2 ans, contre 25 % pour la chirurgie seule.

- Dans les autres séries, on ne retrouve pas d'améliorations aussi nettes des pourcentages de survies.

- ROBERTSON (1967) (178) préconise l'association radiochirurgicale qui lui donne 23 % de survie à 3 ans, contre 17 % pour la chirurgie seule.

- Pour GOODNER (1970) (74) l'I.P.O.P augmente le pourcentage de résécabilité, mais ne modifie pas le pourcentage de survie à 5 ans.

- ELLIS et GUNNLAUGSSON (1970) (84) se refusent à juger l'efficacité de l'association radiochirurgicale en l'absence de séries comparables.

- GARY-GOBO et coll. (1972) (59) : l'I.P.O.P (concentrée) ne modifie pas les résultats précoces jusqu'à 18 mois ; à 2 ans, ils notent une amélioration sensible : 39,5 % contre 29,5 % de survie pour la chirurgie seule (mais il s'agit de séries restreintes).

- MAILLET (1973) (129) : les survies à 2 ans sont comparables sur 2 séries parallèles :

31 % de survie sans cobalt (38 cas)

26 % de survie avec cobalt (41 cas)

Mais le pourcentage de malades dépassant le cap des 3 ans est supérieur dans la 2ème série.

- Les auteurs Chinois (Institute of Cancer - Pékin) (1973) (45), notent une survie à 5 ans tout à fait comparable sur 2 séries de 131 malades :

29 % pour l'association radiochirurgicale
et 29 % pour la chirurgie isolée (dans leur expérience, il semble que les cancers les plus avancés ont été confiés dans un premier temps à l'I.P.O.P).

-Enfin, GROVES et RODRIGUEZ-ANTUNEZ (180) préconisaient en 1969 l'emploi de l'I.P.O.P. Ils ont arrêté son utilisation (80) en l'absence de preuve démonstrative de son efficacité.

En dehors des auteurs Japonais, l'irradiation pré-opératoire ne semble pas avoir d'effets spectaculaires sur le pronostic du cancer oesophagien. Toutefois, son utilisation n'apporte pas d'inconvénients majeurs.

Comme MAILLET (129), nous avons tendance à la réserver aux petites tumeurs végétantes remarquablement radiosensibles, en sachant que les bénéfices apportés sur le plan de la survie sont très incertains.

Signalons que la radiothérapie post-opératoire n'a été utilisée dans notre série qu'à titre exceptionnel.

Plusieurs auteurs (84), (101), (136) y ont fait appel après des exérèses palliatives, avec de meilleurs résultats que la résection palliative seule. Pour LOWE (119), elle n'apporte aucune amélioration.

/ LES COMPLICATIONS SECONDAIRES /

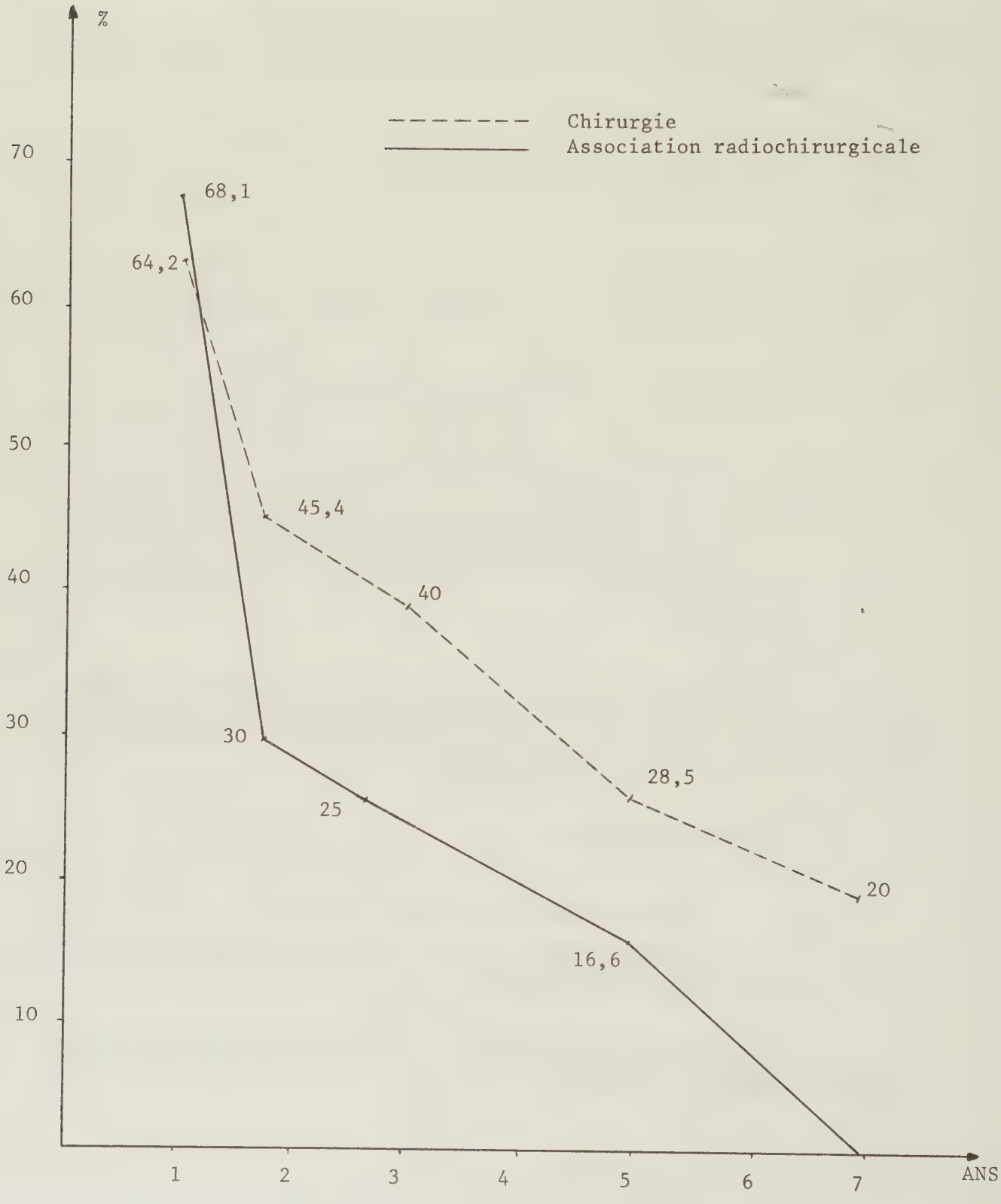
L'appréciation des résultats éloignés sous l'angle purement statistique de la survie est insuffisante et renseigne mal sur les possibilités curatives réelles et surtout sur les limites du traitement chirurgical ou de l'association radiochirurgicale.

Il convient d'étudier :

- les causes de la mortalité secondaire,

- la nature des récidives en fonction du délai écoulé et de certains critères histologiques.

Nous envisagerons également dans un court chapitre les résultats sous l'angle fonctionnel.



SURVIE POST-OPERATOIRE DES CANCERS DU 1/3 MOYEN

A/ - *LA MORTALITE SECONDAIRE*

Sur 148 survivants à l'intervention :

. 102 patients sont actuellement décédés

. 46 sont vivants (6 présentent des signes de récidive et 2 sont porteurs d'un néoplasme secondaire associé).

Comme nous le voyons ci-contre, l'étude de la mortalité secondaire se superpose ou presque avec l'étude des récidives puisque :

sur 102 décès, la récidive est certaine dans 79 observations (soit 77,4 % des cas).

1) LA MORTALITE PAR AFFECTIONS INTERCURRENTES : 7 CAS

7 malades sont décédés secondairement d'une cause indépendante de leur cancer, et aucun ne présentait de signes de récidives (tous nos patients étaient régulièrement suivis et nous avons des renseignements très précis sur la cause du décès).

Il s'agit :

- de 3 cancers du 1/3 moyen :

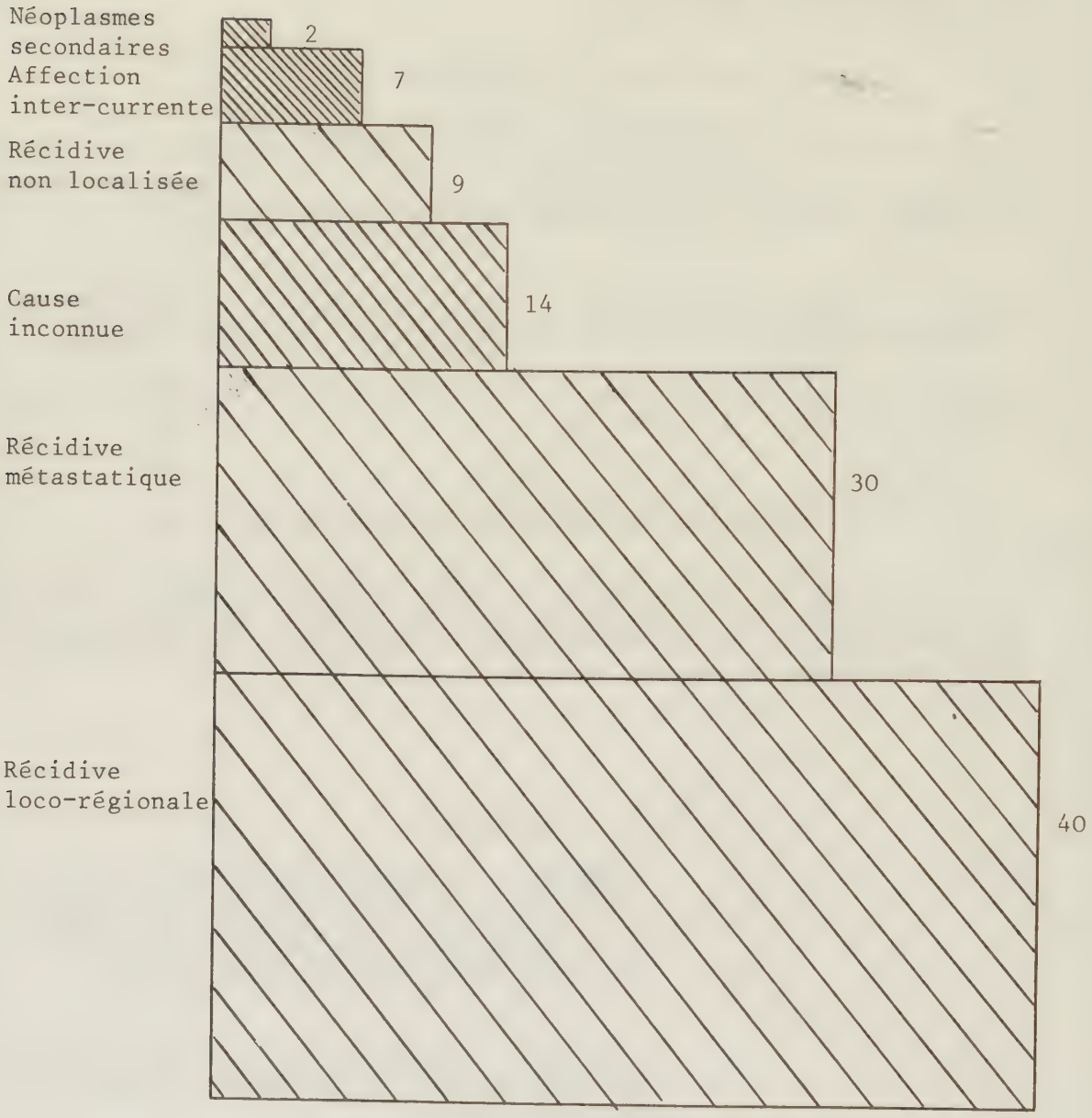
. *13ème mois : thrombose du carrefour chez un artéritique qui avait subi dans les suites de l'oesophagectomie une sympathectomie lombaire puis une amputation de cuisse (59 ans).*

. *2 ans 1/2 : traumatisme crânien chez un éthylique retrouvé comateux et en état d'ivresse sur la voie publique (57 ans).*

. *5 ans 1/2 : OAP d'origine cardiaque chez un grand coronarien (60 ans)*

- 1 cancer du 1/3 inférieur :

. *4ème mois : occlusion du grêle par bride après oesophagoplastie colique : décès post-opératoire (46 ans).*



CAUSES DES DECES SECONDAIRES

102 SUR 148 SURVIVANTS

- 3 cancers du Cardia :

. *6 mois : décès rapide par infarctus du myocarde (66 ans)*

. *13 mois : infarctus du myocarde (coronarien connu 70 ans).*

. *3 ans 1/2 : troubles du rythme avec insuffisance cardiaque (74 ans).*

2) LA MORTALITE PAR CAUSE INCONNUE : 14 CAS

Nous avons classé dans cette rubrique tous les décès dont la cause n'a pu être prouvée ;

. que le malade ait été suivi avant son décès (sans signe de récidive à la dernière consultation) 6 fois.

. ou qu'il ait été perdu de vue ; les renseignements que nous avons pu obtenir ne nous permettent pas d'affirmer la cause du décès (8 fois)

Dans ce groupe, doit se glisser un certain nombre de récidives :

Il s'agit de :

+ 6 cancers du 1/3 moyen : décédés entre le 2ème et le 19ème mois.

+ 6 cancers du 1/3 inférieur : décédés entre 4 mois et 4 ans

+ 2 cancers du Cardia : 9 et 15 mois.

3) LA MORTALITE PAR RECIDIVE

Sur 148 survivants post-opératoires :

. 85 patients ont présenté à un moment ou à un autre de leur évolution des signes de récidive, soit 57,3 % des cas : 79 sont actuellement décédés.

B/ - LES RECIDIVES NEOPLASIQUES

. sur 85 récidives observées chez 148 survivants à 1'intervention :

. 53 PAtients récidivent la première année (36,4 %)

. et35 décèdent la première année qui suit 1'intervention soit 23,5 % des cas.

1) LES RECIDIVES METASTATIQUES

La fréquence globale des récidives métastatiques est de 21,6 %, soit 32 cas, sur 148 survivants à 1'intervention.

a) Elle varie selon le siège :

+ 1/3 supérieur : 5 récidives sur 8 survivants à 1'intervention

+ 1/3 moyen : 11 récidives sur 63

+ 1/3 inférieur : 5 récidives sur 39

+ Cardia : 11 récidives sur 38.

Nous avons noté la prédominance des métastases hépatiques et osseuses.

LOCALISATION METASTATIQUE	1/3 SUPERIEUR	1/3 MOYEN	1/3 INFERIEUR	CARDIA
HEPATIQUES		2	4	8
OSSEUSES	1	6	1	2
PULMONAIRES	4	1		1
RENALES		1		
MUSCULAIRES		1		

. Mais, si l'on ne considère que les cancers oesophagiens, les métastases osseuses sont bien plus fréquentes.

. Par contre, les métastases hépatiques sont d'autant plus fréquentes que le siège du cancer est plus bas situé.

. Les métastases osseuses sont le plus souvent vertébrales (7 fois sur 10) ou costales (2 fois).

b) Le délai d'apparition

Sur 32 récidives métastatiques, plus de la moitié (56,2 %) sont survenues dans l'année qui a suivi l'intervention.

- Récidives métastatiques dans l'année : 18 cas
  - . hépatiques: 7
  - . osseuses: 5
  - . pulmonaires : 4
  - . divers : 2

Mais elles peuvent apparaître plusieurs années après l'exérèse.

- Récidives dans les 2 ans : 10 cas
  - . hépatiques : 6
  - . osseuses : 3
  - . pulmonaire : 1

- Récidive dans les 3 ans : 1 cas
  - . pulmonaire

- Récidive dansles 4 ans : 1 cas
  - . osseuse

- Récidives dans les 5 ans : 2 cas
  - . osseuse
  - . hépatique.

Comme nous le voyons, les récidives précoces sont surtout hépatiques.

Pour LORTAT-JACOB (64), la survenue des récidives métastatiques a été observée dans 18,6 % des cas et comme dans notre série, leur existence a été principalement reconnue dans l'année qui a suivi l'intervention. Dans son expérience, les métastases pulmonaires, les plus fréquentes, sont plus volontiers tardives.

2) LES RECIDIVES INTRA-LUMINALES

Elles ont été reconnues dans 23 cas, soit 15,5 % des survies post-opératoires.

. 10,9 % dans la statistique de LORTAT-JACOB sur 271 cas, mais 56 malades ont été perdus de vue.

. Pour LE ROUX (112), 19 % des sujets qui survivent à l'intervention présentent une dysphagie par récidive intra-luminale.

a) Les données opératoires des récidives intra-luminales - Sur 23 résections anastomoses :

. La tranche de section a été analysée 11 fois : elle fut retrouvée 8 fois envahie. Chez nos patients, l'extension tumorale à la tranche de section semble augmenter le risque de récidive anastomotique, contrairement aux observations de certains auteurs.

L'étendue de l'exérèse vers le haut paraît tout de même être un facteur de sécurité carcinologique puisque sur 23 récidives intra-luminales :

+ 7 ont été observées pour des localisations hautes

+ 16 pour les localisations basses (1/3 inférieur et cardia) où l'anastomose a toujours été pratiquée sous la crosse de l'aorte.

Peut-être y aurait-il intérêt à étendre, comme certains le préconisent, les indications de résection anastomose par voie thoracique droite, aux cancers du 1/3 inférieur, afin de permettre, sans décroisement, une résection oesophagienne plus importante.

. De même, l'extension au tissu cellulaire périoesophagien est notée 10 fois sur 12, c'est à dire dans une proportion plus importante que le reste de la série.

. Le caractère radical ou palliatif de l'exérèse semble avoir une incidence moins grande sur la fréquence de ces récidives, puisque sur 23 observations, le caractère palliatif de l'exérèse est noté dans 7 cas seulement.

b) Le délai d'apparition a été précisé

. 13 fois dans 1ère année

. 8 fois dans les 2 ans

. 1 fois dans les 3 ans

1 fois dans la 6ème année (autopsie)

c) Les récidives anastomotiques posent le problème de leur diagnostic, et d'un dépistage précoce, surtout au cours de la première année.

. La dysphagie est le signe d'alarme, mais elle peut traduire une sténose cicatricielle précoce.

. La radiographie de l'oesophage opéré (NAHUM (149)) est d'interprétation parfois délicate et la distinction entre une sténose fibreuse et une récidive n'est pas facile.

.La surveillance endoscopique s'impose donc au moins une à deux fois par an au début avec biopsies multiples ; (l'aspect macroscopique est quelquefois évocateur - les biopsies sont souvent négatives (5 fois sur 14), mais l'évolution est venue en quelques semaines infirmer le résultat).

d) Le pronostic des récidives intra-luminales est très médiocre et la survie nous est apparue généralement d'autant plus courte que la récidive était plus précoce. Une hémorragie terminale a été notée dans 2 cas.

- Dans 3 cas, la dysphagie devenue totale chez des sujets à l'état général bien conservé, nous a conduit à une réintervention.

. 2 jéjunostomies n'ont apporté aucune amélioration notable sur le plan de la survie (3 semaines - 2 mois).

. Une oesophagoplastie fut réalisée chez un sujet de 61 ans, dont la récidive apparut très précocément (1er mois) (recoupe supérieure envahie). Le transplant colique gauche, isopéristaltique pré-sternal se nécrosa partiellement dans sa portion supérieure. Les multiples tentatives de reconstruction par plasties cutanées (lambeau tubulé abdominal) assombrirent considérablement la survie qui atteignit 2 ans, chez ce patient.

- Les antimitotiques ont été employés sans résultat fonctionnel appréciable sur la sténose.

- La radiothérapie n'a pas été utilisée dans les récidives intra luminales.

3) LES RECIDIVES MEDIASTINALES

13 sur 145 : soit 8,9 %

Elles affectent uniquement les cancers du 1/3 moyen (10 cas) et du 1/3 inférieur (3 cas).

Dans tous les cas, l'absence de processus tumoral intra- luminal a pu être affirmé, au moins au début de la récidive.

a) Le délai de survenue

Elles surviennent dans un délai moyen de 10 mois à 1 an (de 2 mois à 3 ans) et se sont présentées sous forme :

- d'une médiastinite néoplasique avec douleurs thoraciques, fièvre, troubles respiratoires et pulmonaires (8 cas).

- d'une fistule oesotrachéale (3 cas)

- d'une sténose bronchique affirmée par la bronchoscopie (1 cas)

- d'une cachexie intense avec refoulement extrinsèque à l'oesophagoscopie (1 cas).

b) Les constatations opératoires

- L'envahissement du tissu cellulaire péri-oesophagien est noté 5 fois sur 7 cas examinés.

- L'extension ganglionnaire est un facteur souvent retrouvé (8 fois sur 11), et semble augmenter la fréquence des récidives médiastinales.

La topographie de l'envahissement ganglionnaire paraît déterminante puisque :

. l'atteinte ganglionnaire thoracique (2 cas) eet mixte, abdominale et thoracique (4 cas), ne permettent aucune survie supérieure à 9 mois.

. A l'opposé, l'atteinte isolée des ganglions abdominaux (2 cas) permet 2 survies à 1 an et 3 ans 1/2.

. Dans 3 cas les ganglions étaient indemnes de tout envahissement : les survies sont supérieures à 1 an : (1 an - 18 mois - 3 ans).

. Dans 2 cas, les ganglions n'ont pas été examinés (survies à 3 et 7 mois).

- Le caractère de la résection est capital.

. Sur 13 cas, nous notons 5 résections palliatives dont les survies ne dépassent pas 9 mois.

c) Le traitement des récidives médiastinales est très décevant

. Nous n'avons pratiqué qu'une jéjunostomie pour fistule

. La Bléomycine a été utilisée dans 2 cas, sans résultat.

. La radiothérapie pré-opératoire ne modifie pas la survie des récidives médiastinales (14 mois, contre 12 mois 1/2 pour la chirurgie seule).

4) LES RECIDIVES ABDOMINALES : 8 cas

La récidive abdominale du processus néoplasique affecte surtout les localisations basses :

. cardia : 3

. 1/3 inférieur : 2

. 1/3 moyen : 2

- La récidive a été affirmée 5 fois au cours d'une réintervention motivée par des troubles divers (douleurs, gêne au transit, masses palpables).

- Elle s'est manifestée sous la forme :

. d'adénopathies coeliaques volumineuses

. d'ascite avec granulations péritonéales

. ou de carcinose péritonéale diffuse.

L'envahissement ganglionnaire avait été noté 4 fois sur 8.

. L'atteinte mixte des ganglions thoraciques et abdominaux permet une survie de 10 mois.

. L'atteinte isolée des ganglions abdominaux permet 3 survies à 1 an, 18 mois, 2 ans 1/2.

L'extension lymphatique abdominale isolée permet, après curage, des survies notables et justifie sa réalisation de façon systématique.

- Dans 4 cas, les ganglions étaient indemnes :

La survie est : 2 fois supérieure à 1 an

2 fois supérieure à 2 ans

- Nous avons pratiqué :

. 2 G.E.A. sur l'estomac restant

. 1 jéjunostomie

. 1 gastrostomie.

5) ENFIN, DANS 9 CAS,

les renseignements qui nous ont été fournis permettent d'affirmer la récidive sans pouvoir en préciser la cause exacte (cachexie progressive, avec ganglions sus-claviculaires, dans 2 cas).

Les décès sont survenus dans un délai :

- < 1 an : 5 cas
- entre 1 et 2 ans : 3 cas
- > 2 ans : 1 cas (26 mois)

6) LES NEOPLASMES SECONDAIRES

4 patients ont présenté dans les suites secondaires une deuxième localisation néoplasique sans signe de récidive oesophagienne.

Il s'agit de :

3 néoplasmes ORL

et d'un cancer resto-sigmoïdien.

2 malades sont décédés :

- *ISIR... J., 70 ans*
  10/4/69 : cancer du I/3 moyen - oesophagectomie et gastrectomie polaire supérieure - anastomose oesogastrique - carcinome épidermoïde avec envahissement ganglionnaire diffus Suites simples.
  13/6/70 : signes sub-occlusifs - tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne - Oesophagoscopie : aspect d'oesophagite - biopsies négatives.
  30/6/70 : anus iliaque gauche.
  30/7/70 : cachexie - décès au 16ème mois.

- MOR. Louis, 67 ans.

  24/5/67 : cancer I/3 inférieur - oesogastrectomie polaire supérieure - anastomose oesogastrique sous-aortique. Carcinome épidermoïde avec ganglions abdominaux + suites simples.

  23/9/67: dysphagie - rétrécissement cicatriciel - dilatations à la sonde.

  31/1/68 : poursuite des dilatations - va bien

  18/8/68 : découverte d'un néoplasme du larynx
  Curage ganglionnaire - Cobalt
  Le rétrécissement oesophagien a diminué

  3/5/69 : paralysie récurrentielle gauche - évolution du néoplasme ORL
  Décès 2 ans 1/2.

2 patients sont encore en vie :

- ISEL... Marcel, 74 ans

  10/6/70 : néoplasme du I/3 inférieur - oesogastrectomie polaire supérieure - anastomose sous-aortique - carcinome épidermoïde ganglions envahis.
  Suites simples.

  15/1/72 : va bien - contrôle oesophagien : RAS, mais découverte d'un néoplasme sous-glottique limité.
  Cobaltothérapie.

  14/11/72 : laryngectomie

  16/11/73 : altération de l'état général, mais va bien sur le plan digestif.

  Recul : 3 ans 1/2

- DEL... Ray., 61 ans

  20/10/72 : néoplasme du 1/3 moyen - I.P.O.P oesophagectomie sub-totale - anastomose oesogastrique sus-aortique - ganglions abdominaux et thoraciques +
  Suites simples.

22/5/73 : va bien - contrôle : RAS

27/9/73 : découverte d'une tumeur très évoluée du plancher de la bouche

29/11/73 : état général médiocre.

C/ - LES RESULTATS FONCTIONNELS

Les troubles fonctionnels majeurs sont relativement rares ; et bien souvent, l'altération de l'état général, l'amaigrissement, les troubles dyspeptiques ou respiratoires initialement mis sur le compte des séquelles opératoires, font rapidement la preuve de la récidive.

En l'absence de récidive, la plupart de nos opérés ont pu reprendre secondairement une alimentation sub-normale et une vie sociale ou familiale.

Les troubles observés sont divers et sont propres à toutes les oesophagectomies.

1) LE REFLUX

Nous l'avons noté dans 12 observations. Il apparaît d'autant plus fréquemment que l'anastomose est plus bas située dans le thorax :

+ 1/3 moyen : 3
+ 1/3 inférieur : 3
+ cardia : 6

Pour la plupart des cas, aucune hygiène alimentaire n'était suivie, et la reprise de l'intoxication éthylique voit singulièrement diminuer le confort digestif.

WARD et COLLIS (213) insistent sur l'intérêt d'un régime alimentaire soigneux et surtout, sur le rôle fondamental de la posture. Ils préconisent la position demi-assise nocturne qui a fait disparaître le reflux dans tous leurs cas.

Le traitement médical a associé des pansements oesophagiens de consistance pâteuse absorbés de préférence après ou entre les repas.

Dans aucun cas nous avons noté une évolution vers la sténose peptique, mais 3 malades ont présenté des signes d'oesophagite :

+ dans 2 cas, le simple arrêt de l'intoxication éthylique a permis la stabilisation des lésions.

+ des biopsies multiples ont été pratiquées dans les 3 cas, elles sont restées négatives (1 décès à 6 ans : cause cardiaque - 1 décès à 2 ans : métastases osseuses - 1 survie à 2 ans).

2) LA STENOSE CICATRICIELLE

Nous en avons observé 6 cas.

Elle est toujours apparue de façon précoce entre le 1er et le 6ème mois et a été affirmée par des oesophagoscopies avec biopsies multiples.

Le traitement a comporté des dilatations par ballonnets ou à la sonde à mercure - (dans un cas, un résultat acceptable surle plan de la déglutition, fut entretenu par des dilatations répétées pendant 4 ans - recul actuel : 7 ans).

Une réintervention n'a été nécessaire dans aucun cas.

3) LES TROUBLES SECONDAIRES A LA VAGOTOMIE SONT RARES

- Les troubles de l'évacuation gastrique ont été observés surtout sur le plan radiologique, mais n'ont pas entraîné de gêne fonctionnelle ; d'ailleurs, la pyloroplastie avait été presque systématique.

- Une diarrhée tenace a été soulignée chez 6 sujets.

4) LE CONFORT DES OESOPHAGOPLASTIES

Le petit nombre de sujets survivants, porteurs d'oesophagoplasties ne nous autorise pas une comparaison valable avec les résections-anastomoses.

LORTAT-JACOB note que 80 % des sujets porteurs d'oesophagoplasties ont une alimentation strictement normale et note quelques phénomènes de reflux et une gêne passagère à l'évacuation.

Pour EL DOMEIRI et BEATTIE (52) :

- 51 % des survivants ont un bon résultat,
- 17 % un résultat transitoire et 11 malades sur 53 présentent une sténose bénigne de la plastie.

Dans une observation, la sténose supérieure de l'oesophagoplastie au 3ème mois, nous imposa de pratiquer la résection du rétrécissement avec nouvelle anastomose oesocolique.

La sténose était bénigne, mais le décès survint le 9ème mois par métastases pulmonaires.

DETAIL DE LA FICHE PERFOREE AYANT SERVI A L'ETUDE STATISTIQUE

DONNEES GENERALES

SEXE : 1 femme

AGE : 2 - 30 ans
3 - 30-39 ans
4 - 40-49 ans
5 - 50-59 ans
6 - 60-69 ans
7 - 70-79 ans
8 - 80 ans

CAUSES LOCALES

9 - hernie hiatale
10 - sténose peptique
11 - sténose caustique
12 - mégaoesophage
13 - diverticule
14 - divers

CAUSES GENERALES

15 - tabagisme
16 - éthylisme

TERRAINS TARES

17 - hépatiques
18 - cardiaques
19 - respiratoires
20 - divers
21 - cachexie

CLINIQUE

Début apparent

22 - 0-3 mois
23 - 3-6 mois
24 - 6 mois-1 an
25 - 1 an
26 - cps révélatrices (hémorragie, perforation, fistule etc...)
27 - diagnostic initial erroné.

BILAN D'EXTENSION

28 - adénopathies
29 - métastases
30 - S. récurrentiels
31 - bronchoscopie
32 - refoulement
33 - infiltration
34 - envahissement
35 - fistule
36 - laparoscopie
37 - laparoscopie + oesophagoscopie
38 - positive
39 - négative

biopsie
40 - positive
41 - négative

42 - cytologie

43 - cytologie positive

RADIOLOGIE

44 - sténose

45 - lacune

46 - niche

47 - aspect trompeur

ANATOMIE PATHOLOGIQUE et DONNEES OPERATOIRES

SIEGE

48 - cervical

49 - supérieur

50 - moyen

51 - inférieur

52 - cardia

53 - localisations multiples

54 - néoplasmes associés

MACROSCOPIE

55 - T. végétante

56 - T. ulcériforme

57 - T. infiltrante

58 - mixte.

HISTOLOGIE

59 - Epith. malpighien différencié

60 - Epith. malpighien indifférencié

61 - carcinome glandulaire

62 - mixte

63 - divers

Taille de la tumeur

64 - 1 cm

65 - 2 cm

66 - 3 cm

67 - 4 cm

68 - + de 5 cm

69 - + de 10 cm

DONNEES HISTOLOGIQUES

70 - cancer muqueux sous-muqueux

71 - extension en épaisseur

72 - musculeuse dépassée

73 - tissu périoesophagien

74 - tissu périoesophagien envahi

75 - tranche de section

76 - tranche de section envahie

77 - extension ganglionnaire

78 - ganglions envahis

79 - ganglions abdominaux envahis

80 - ganglions thoraciques envahis

81 - envahissement trachée

82 - " bronche souche

83 - " aorte

84 - " diaphragme

85 - envahissement péricarde

86 - envahissement plèvre

87 - métastases hépatiques

88 - " pulmonaires

89 - " péritonéales

90 - Divers

TRAITEMENT

91 - récusés

92 - C. ind. médicale

93 - C. ind. carcinologique

94 - admis à l'intervention a but curatif

95 - résections

96 - laparotomie ou thoracotomie exploratrice

97 - gastrostomie ou jéjunostomie

98 - plastie palliative

99 - endoprothèses

100 - anastomose palliative

CHIMIOTHERAPIE

101 - préopératoire

102 - post-opératoire

RADIOTHERAPIE

103 - pré-opératoire

104 - post-opératoire

105 - isolée

VOIES D'ABORD

106 - laparotomie

107 - thoracophrénolaparotomie

108 - thoracotomie droite

109 - thoracotomie gauche

INTERVENTIONS

110 - oesophagectomie basse + gastrectomie totale

111 - oesogastrectomie polaire supérieure

112 - résection anastomose haute pour 1/3 moyen

113 - anastomose SWEET

114 - anastomose T.T.

115 - autres variantes

116 - décroisement

117 - Torek

118 - oesophagoplastie

119 - plastie gastrique

120 - plastie colique

121 - colon droit

122 - colon T. gauche

123 - présternal

124 - rétrosternal

125 - intra-thoracique

126 - autres interventions

127 - curage ganglionnaire

128 - abdominal

129 - thoracique

130 - ggls laissés en place

131 - splénectomie
132 - pancréatectomie gauche
133 - pyloroplastie
134 - ouverture plèvre opposée
135 - canal thoracique
136 - symphyses pleurales
137 - DECES OPERATOIRES

SUITES POST-OPERATOIRES

138 - simples
139 - complications
140 - fistule
141 - ischémie transplant
142 - CPS hémorragiques
143 - septicémie
144 - CPS thrombo-emboliques
145 - CPS pleurales
146 - CPS pulmonaires
147 - CPS cardiaques
148 - CPS métaboliques ou rénales
149 - CPS abdominales
150 - divers
151 - réinterventions précoces
152 - décès post-opératoires
153 - autopsie

RESULTATS ELOIGNES

154 - perdue de vue
155 - troubles divers
156 - reflux
157 - sténose
158 - T. évacuation
159 - divers
160 - récidives néoplasiques
161 - locales
162 - médiastinales
163 - métastatiques
164 - réinterventions secondaires
165 - DECES TARDIF
166 - cause indéterminée
167 - affection intercurrente
168 - récidive
169 - poursuite évolutive

SURVIE DES MALADES DECEDES

170 - < 6 mois
171 - 6 mois - 1 an
172 - 18 mois
173 - 2 ans
174 - 3 ans
175 - 4 ans
176 - 5 ans
177 - 6 ans
178 - 7 ans
179 - 8 ans
180 - 9 ans
181 - 10 ans
182 - > 10 ans

CONCLUSIONS

Ce travail analyse l'expérience du Service de notre Maître le Professeur Agrégé E.C. SAUBIER, à propos de 330 observations de cancers de l'oesophage et du cardia. L'analyse de la statistique permet de retrouver un certain nombre de notions maintenant bien classiques.

- LES DONNEES ETIOLOGIQUES confirment la nette prédominance masculine (293 hommes pour 37 femmes) et le pic de fréquence entre 55 et 65 ans, mais le cancer peut se rencontrer chez le jeune (7 cas avant 40 ans). Si dans la plupart des cas il se développe sans étiologie connue, de nombreux facteurs généraux et de nombreuses causes locales ont été invoqués. Nous avons retenu la prédominance de l'éthylisme chronique, du tabagisme, et le rôle prédisposant de certaines lésions préexistantes : mégaoesophage (6 cas), sténoses caustiques (3 cas), oesophagite peptique (5 cas), endobrachyoesophage acquis (1 cas).

- L'ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE a montré la diversité des cancers oesophagiens, dans leur répartition topographique et dans leur aspect macroscopique. Mais sur le plan histologique, la presque totalité des cancers oesophagiens sont des carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés. Tous les cancers du cardia sont des adénocarcinomes de type glandulaire. Nous avons noté la fréquence relative des doubles localisations, et des cancers associés. L'étude de l'extension n'a pu être faite que sur les pièces d'exérèse, et dans de nombreux cas il s'agissait de lésions évoluées (46 exérèses macroscopiquement palliatives).

- SUR LE PLAN CLINIQUE :

La précocité du diagnostic classique du cancer oesophagien est susceptible d'améliorer quelque peu les résultats, mais sans que ceci soit une garantie de succès thérapeutique.

C'est pourquoi l'on s'oriente actuellement vers le dépistage du cancer au sein de populations à haut risque. L'apport de la cytologie à l'aveugle et de la fibroscopie avec cytologie par brossage dirigé et examen histologique de multiples biopsies dirigées doivent permettre la découverte de lésions limitées au début, ou mieux In Situ.

- SUR LE PLAN THERAPEUTIQUE

Le cancer oesophagien garde une pronostic éloigné très sombre, mais les possibilités du traitement chirurgical se sont considérablement améliorées : la meilleure préparation des malades, la simplification des techniques et surtout les progrès de l'anesthésie et de la surveillance post-opératoire ont transformé les résultats. Le choix du traitement comporte deux étapes :

- la sélection du malade,
- le choix de la méthode thérapeutique.

. Des raisons carcinologiques ou générales font d'emblée récuser un certain nombre de patients à la chirurgie d'exérèse : 116 sur 130.

. C'est dire que 64,8 % des patients peuvent être admis à une exploration chirurgicale dans un but curatif : il arrive de moins en moins souvent d'être obligé de battre en retraite alors que l'on a commencé l'opération avec l'idée de pratiquer une résection : 29 fois sur 214. Le taux de résécabilité au cours des tentatives d'exérèse (84,6 %) est en constante progression depuis ces dernières années, grâce à la rigueur du bilan pré-opératoire : bilan d'extension et bilan pré-opératoire d'opérabilité.

. Le taux global de résécabilité est de 56 % et sa progression est croissante au fur et à mesure que l'on considère une localisation plus basse (46,6 % pour le 1/3 supérieur, 69,8 % pour le cardia).

+ Le traitement palliatif se justifie lorsque le stade d'évolution du cancer est dépassé : le problème essentiel du traitement à visée palliative est celui du confort de la survie.

- Les résultats des endoprothèses sont médiocres, ou même franchement mauvais.

- La gastrostomie ne représente qu'un pis aller : correctement pratiquée, elle permet sans risque (lorsqu'elle n'est pas trop tardive), et malgré son inconfort,d'obtenir des survies limitées.

- Les résultats des anastomoses oesogastriques palliatives pour cancer étendu du cardia ou du 1/3 inférieur sont inégaux mais parfois non négligeables.

- Le bénéfice de la plastie colique pratiquée à titre purement palliatif nous a paru illusoire.

- La cobaltothérapie utilisée à une dose totale variant entre 3000 et 5000 r/T permet des améliorations notables et les survies les plus prolongées. Mais elle n'est pas toujours possible.

+ Le traitement à visée curative a fait appel dans la majorité des cas à des résections anastomoses (167 sur 185).

- Dans les cancers du cardia et du 1/3 inférieur, la résection a été pratiquée sous forme d'une oesophagectomie associée à une gastrectomie polaire supérieure, en général par une double voie d'abord, abdominale et thoracique gauche.

- Pour les cancers du 1/3 moyen, l'opération habituelle est une oesophagectomie thoracique par une double voie, abdominale et thoracique droite, avec anastomose oesogastrique au sommet du thorax. Le curage ganglionnaire coeliaque, la cellulectomie du médiastin et le curage inter-trachéobronchique sont systématiques.

- L'opération de Torek suivie de coloplastie n'est réservée qu'à certains cas particuliers du cancer du 1/3 supérieur ou les indications sont un peu plus restrictives. Nous lui gardons seulement une indication de nécessité dans les localisations trop hautes pour pouvoir bénéficier d'une résection anastomose en un temps avec l'estomac, ou lorsque celui-ci est inutilisable.

+ La mortalité post-opératoire globale des exérèses est de 20 % : mais ce taux a considérablement diminué au fil des années (14,7 % dans les 4 dernières années).

Elle est d'autant plus faible que la tumeur est plus basse sur l'oesophage (42,8 % pour le 1/3 supérieur, 21,2 % pour le 1/3 moyen, 17 % pour le 1/3 inférieur, 13,6 % pour le cardia).

Il y a 10 fistules de l'anastomose oesophagogastrique sur 167 résections ; seule une réintervention précoce peut permettre la survie (2/10).

+ La survie post-opératoire se réduit au fil des ans. Elle n'est cependant pas négligeable, et a pu être analysée d'autant mieux qu'aucun malade n'a été perdu de vue.

La survie globale passe de 25,5 % à 2 ans à 13,3 % à 3 ans, mais :

. dans ce pourcentage sont naturellement comptées les exérèses palliatives qui assombrissent le pronostic (pour les seules exérèses apparemment curatives, la survie globale passe de 31,2 % à 2 ans à 18,1 % à 5 ans).

. La survie varie en fonction de la localisation

1/3 supérieur ..... 0 survie à 5 ans
1/3 moyen ..... 17,8 %
1/3 inférieur ..... 4,1 %
Cardia ..... 20 %

. Le sexe féminin, l'extension limitée à la paroi oesophagienne, sans dépasser la musculeuse et sans atteinte du tissu cellulaire péri-oesophagien, l'absence d'envahissement ganglionnaire (ou l'envahissement des seuls ganglions abdominaux) nous ont paru des éléments de meilleur pronostic.

. La cobaltothérapie pré-opératoire pratiquée 48 fois, essentiellement pour des localisations hautes, (surtout 1/3 moyen) n'a pas amélioré la SURVIE.

Vu, le Directeur de l'UER Sud-Ouest
Pr. J.M. ROBERT

Le Président de la Thèse
Pr. G. GUILLEMIN

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 27 Août 1974

Le Président de l'Université Claude Bernard,
Pour le Président, le Premier Vice-Président,
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales,
Pr. R. TOURAINE

B I B L I O G R A P H I E

1/ - ADAMS H.D., MARE H.F., DAVIS W.L., TRUMP J.G. et GRANGE R.C.
Treatment of carcinoma of oesophagus and Cardia by résection and postoperative supervoltage Roentgen Rays
Ann. Surg, 138, 631-642, 1953

2/ - ADAMS H.D.
Malignant tumors of the esophagus and esophagogastric jonction.
Surg. Clin. N. Amer. 44, 585-587, 1964

3/ - ADENIS L., LEQUINT A. et GIAUX G.
Les métastases osseuses du cancer de l'oesophage.
LILLE Méd. 16, 835-842, 1971

4/ - ADLER R.H.
Lower oesophagus lined by columnar epithelium : its association with hiatal hernia, ulcer, stricture and tumor.
J. Thorac. cardiovac. Surg. 45, 13-34, 1963

5/ - AKAKURA I., NAKAMURA Y., KAKEGAWA T., HOSHINO Y., TSUZUKI T., YAMASHITA H., IKARI S., and YAMADA M.
The combined treatment of carcinoma of the esophagus with the radical resection and the preoperative irradiation.
KEIO. J. Med. 14, 145-150, 1965

6/ - AKAKURA I., NAKAMURA Y., KAKEGAWA T., NAKAYAMA R., WATANABE H. and YAMASHITA H.
Surgery of carcinoma of the esophagus with preoperative radiation.
Chest. 57, 47-51, 1970

7/ - AKIYAMA H., KOGURE T. et ITAI Y.
The esophageal axis and its relation ship to the resectability of carcinoma of the esophagus.
Ann. surG. 176, 30-36, 1972

8/ - AKIYAMA H.
Esophageal anastomosis
Arch. Surg. 107, 512-514, 1973

9/ - ALLEN T.H. and CLAGETT O.T.
Changing concepts in the surgical treatment of pulsion diverticule of the lower esophagus.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 50, 455-462, 1965

10/ - APPELQUIST P.
Carcinoma of the oesophagus and gastric cardia : a retrospective study based on statistical and clinical material from FINLAND
Acta. Chir. Scand. SUPPL. 430, 1-92, 1972

11/ - ATTAH E.B., HADJU S.I.
Benign and malignant tumors of the esophagus at autopsy.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 55, 396-404, 1968

12/ - AUDIGIER J.C.
Mortalité par cancer du tube digestif en France (oesophage, estomac, intestin, rectum) dans 2 périodes 1961-63 et 1967-68.
Thèse LYON 1973

13/ - AUDIGIER J.C., TUYNS A.J., LAMBERT R.
Mortalité par cancer du tube digestif dans la région Rhône-Alpes.
LYON MEDICAL, 231, 147-155, 1974

14/ - AZZOPARDI J.G. and MENZIES T.
Primary oesophageol adenocarcinoma, confirmation of its existence by the finding of mucous gland tumors.
Brit. J. Surg. 49, 497-506, 1962

15/ - BALLIVET M.
La chirurgie radicale du cancer de l'oesophage thoracique..
Thèse LYON 1939

16/ - BARRETT N.R.
Achalasia of the cardia : reflections upon a clinical study of over 100 cases.
Brit. Med. J. 1, 1135-1140, 1964

17/ - BAYLE J.J. et ETAIX J.P.
Dépistage endoscopique de deux cancers de l'oesophage au cours d'examens oeso-gastroscopiques de routine.
LYON MEDICAL, 229, 77-80, 1973

18/ - BELSEY R.
Reconstruction of the esophagus with left colon.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 49, 33-35, 1965

19/ - BELSEY R.
Recent progress in oesophageal surgery.
Acta. Chirur. Belg. 71, 230-238, 1972

20/ - BERGER G., TABIB A., ROMAND-MONNIER C. et LOIRE R.
Les carcinomes polypoïdes à cellules fusiformes de l'oesophage (pseudo-sarcomes oesophagiens) (à propos d'un cas).
LYON MEDICAL 231, 429-434, 1974

21/ - BLACHE R., WOGT-HOERNER G.V.
Constatations faites au cours de 100 autopsies de sujets atteints de carcinomes oesophagiens.
Mem. Acad. Chir. 92, 765-767, 1966

22/ - BOMBECK C.T., COELHO R.G.P., NYHUS L.M.
Prevention of gastroesophageal reflux after resection of the lower esophagus.
Surg. Gynec. Obstet. 130, 1035-1043, 1970

23/ - BOYD D.P., KIM M.C.C.
Survival in carcinoma of the esophagus.
Surg. Clin. N. Amer. 47, 613-620, 1967

24/ - BOYD D.P.
Trans-abdominal repair of hiatal hernia.
Surg. Clin. N. Amer. 51, 597-606, 1971

25/ - BREMEN J., LAMBILLIOTTE J.P., GERARD A. et BREMER A.
Soixante huit cas de cancers de l'oesophage.
Acta. gastroenterol. BELG. 36, 376-396, 1973

26/ - BURDETTE W.J. and JESSE R.
Carcinoma of the cervical esophagus.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 63, 41-53, 1972

27/ - BURGE J.P., OCHSNER J.L.
Management of esophageal tumors.
Surg. Clin. N. Amer. 46, 1457-1467, 1966

28/ - CAREY J.S., PLESTED W.G., HUGUES R.K.
Esophagogastrostomy : superiority of the combined abdominal. Right thoracic approach (Lewis operation).
Ann. Thorac. Surg. 14, 59-68, 1972

29/ - CHAPUT J.C., GOURDIER S., MARTIN E., LARRIEU H., ETIENNE J.P.
Noevo-carcinome primitif de l'oesophage
Sem. Hôp. PARIS 50, 151-157, 1974

30/ - CHASSAGNON C., RECHATIN J., SAUBIER E.C.
Cancérisation tardive d'une sténose cicatricielle de l'oesophage.
J. Med. LYON 1182, 681-683, 1970

31/ - CHAVY A., LIGUORY C.P., PEYER R., MEDURI B., FAUVET J., LEMOINE J.M.
Double endoscopie oesophagienne et bronchique pour 1000 cancers de l'oesophage
Ann. Gastroent. Hepat. 9, 319-326, 1973

32/ - CHEVREL B. et CHEVREL J.P.
Possibilités thérapeutiques actuelles : cancer de l'oesophage.
Presse Méd. 76, 471-473, 1970

33/ - CHRISTIEN G., BOUILLAND G., BUQUEN P., HUET J. et SELOU P.
Trois cas de petits cancers de l'oesophage
Sem. Hôp. PARIS 47, 1476-1480, 1971

34/ - CHRYSOSPATHIS P.
Contribution de la microchirurgie vasculaire à la chirurgie oesophagienne.
Presse Méd. 74, 1419-1421, 1966

35/ - CHUDECKI B.
Radiation cancer of the thoracic oesophagus.
Brit. J. Radiol. 45, 303-304, 1972

36/ - C.I.R.C.
Rapport annuel 1972-1973
OMS LYON 1973

37/ - COLLIS J.L.
Surgical treatment of carcinoma of the oesophagus and cardia.
Brit. J. Surg. 58, 801-804, 1971

38/ - COSTE Th., GROUSSARD O., VALLIN J. et DUPUY R.
Noevo-carcinome primitif de l'oesophage.
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 60, 131-137, 1971

39/ - CRET R., REVELIN Ph., MICOL P., MAILLET P.
La bléomycine dans les formes opérables des cancers de l'oesophage (résultats précoces).
LYON MEDICAL 228, 95-97, 1972

40/ - DAS S.K. and JOHN H.T.
Oesophageal intubation in obstructive lesions of the oesophagus.
Brit. J. Surg. 60, 403-406, 1973

41/ - DEBRAY Ch., SEGAL S. et MARTIN Et.
Aspects endoscopiques, biopsie et cytologie dans le cancer de l'oesophage.
Le cancer de l'oesophage - C. CANDARDJIS
MASSON Edit. Paris 1963

42/ - DEBRAY Ch., LEYMARIOS J., ETIENNE J.P., CUQ J.P.
Les cancers développés sur mégaoesophage idiopathique
Arch. Fr. Mal. Dig. 57, 5-24, 1968

43/ - DELMAS A. et GONZALES M.A.
Angioarchitecture de l'oesophage
Bull. Acad. Nat. Méd. 155, 621-627, 1971

44/ - DEMLING L., OTTEJANN R., ELSTER K.
Endoscopie et biopsie de l'oesophage et de l'estomac.
MASSON Edit. PARIS 1972

45/ - DEPARTEMENT OF SURGERY : TUMOR INSTITUTE of the chinese Academy of Medical sciences - PEKING
Study of 1230 surgical cases of carcinoma of oesophagus and gastric cardia.
Chinese Med. J. N°2, 110-113, 1973

46/ - DEPARTEMENT OF SURGERY : TUMOR INSTITUTE of the Chinese Academy of Medical sciences - PEKING
Some Measures in prevention and treatment of leakage of esophagogastric anastomosis following resection of carcinoma of the esophagus and gastric cardia.
Chinese Med. J. N°11, 670-672, 1973

47/ - DIETRICH R.A., DOCKERTY M.B., OLSEN A.M. and ELLIS F.H. Jr.
Clinicopathologic study of carcinoma invaling the esophago-gastric junction.
Surg. Gynec. Obstet. 118, 1223-1233, 1964

48/ - DOR J., HUMBERT P., DOR V., NOIRCLERC M. et ARGENSON C.
Les résultats du traitement chirurgical en deux temps du cancer de l'oesophage haut situé (à propos de 32 cas et d'une étude expérimentale de la transplantation de l'iléon avec raccordement local des vaisseaux).
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 55, 21-30, 1966

49/ - DUVOISIN G.E., ELLIS F.H., PAYNE W.S.
The value of palliative protheses in malignant lesions of the esophagus.
Surg. Clin. N. Amer. 47, 827-831, 1967

50/ - EDELMANN G. et LANGRAND L.
Doubles cancers oesophagiens ou oesophagogastriques.
Ann. Chir. 27, 254-256, 1973

51/ - EFSKIND L. and HELSINGEN Jr. N.
Carcinoma of the lower portion of the esophagus.
Acta. Chir. Scand. Supp. 356, 111-116, 1965

52/ - EL DOMEIRI A., MARTINI N., BEATTIE E.J.
Esophageal reconstruction by colon interposition.
Arch. Surg. 100, 358-362, 1970

53/ - ENDO M., YAZAMA C., NAKAYAMA K.
Endoscopy of early oesophageal cancer.
Gastroenterol. Jap. 7, 107-112, 1972

54/ - ETIENNE J.P., DELAVIERRE Ph., PETITE J.P. et SAULEAU P.
Les leucoplasies oesophagiennes au cours des cirrhoses.
Sem. Hôp. Paris 47, 1589-1597, 1969

55/ - FEKETE F., PRANDI D., LORTAT-JACOB J.L.
Les chylothorax post-opératoires en chirurgie oesophagienne.
Ann. Chir. 26, 947-949, 1972

56/ - FUJIMAKI M., SOGA J., WADA K.
A new chemotherapy as a preoperative treatment for esophageal cancer surgery.
Acta Med. Biol. (MÏGATA) 19, 181-191, 1972

57/ - GAILLARD J., BOUCHAYER M., HAGUENAUER J.P.
Cancers de l'oesophage et sténoses cicatricielles par caustique.
J. Franc. ORL 18, 221-224, 1969

58/ - GARLOCK J.H., KLEIN S.H.
The surgical treatment of carcinoma of the esophagus and cardia : an analysis of 457 cases.
Ann. Surg. 139, 19-34, 1954

59/ - GARY-BOBO J., NEGRE E., PUJOL H., LAURENT J.C., RAMOS R., BONACCORSI J.
L'irradiation concentrée pré-opératoire, apport dans le traitement radio-chirurgical du cancer oesophagien.
J. radio. Electr. 53, 893-894, 1972

60/ - GATES O. and WARREN S.
Radiation induced experimental cancer of the esophagus.
Amer. J. of Path. 53, 667-685, 1968

61/ - GHOSH B.C., CHOUDHRY K.U., BEATTIE E.J.
Massive bleeding from esophageal cancer.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 63, 977-979, 1972

62/ - GIGNOUX M., DARGENT M., COLON J., MAYER
Valeur de l'intubation oesophagienne par tube de Mousseau dans les cancers oesophagiens inopérables.
J. Franc. ORL 12, 545-558, 1963

63/ - GIRARD M., et LEVRAT R.
Le cancer de l'oesophage chez la femme ; considérations étiologiques et cliniques à propos de 18 observations.
Arch. Mal. App. Dig. 54, 869-879, 1965

64/ - GIULI R., ESTENNE B., GLOT Ph., FAURE J.C., RICHARD C.A. LORTAT-JACOB J.L.
Résultats à distance du traitement chirurgical des cancers de l'oesophage (à propos de 778 tumeurs réséquées).
Ann. Chir. 26, 839-848, 1972

65/ - GIULI R., ESTENNE B., CLOT Ph., FAURE J.C., RICHARD C.A., LORTAT-JACOB J.L.
Bilan de 135 interventions pour cancer du cardia - valeur de la gastrectomie totale.
Ann. Chir. 26, 849-855, 1972

66/ - GIULI R., CLOT Ph., ESTENNE B., RICHARD C.A., LORTAT-JACOB J.L.
Résultats comparés des oesophagoplasties par colon transverse et tube gastrique - bilan de 161 interventions.
Ann. Chir. 26, 935-939, 1972

67 - GIULI R., CLOT Ph., ESTENNE B., RICHARD C.A., LORTAT-JACOB J.L.
Les fistules anastomotiques cervicales après oesophagoplastie Bilan de 225 interventions.
Ann. Chir. 26, 941-945, 1972

68/ - GIULI R., CLOT Ph., ESTENNE B., RICHARD C.A., LORTAT-JACOB J.L.
Les oesophagoplasties pour cancer de l'oesophage - Bilan de 147 interventions.
Ann. Chir. 26, 1155-1161, 1972

69/ - GIULI R., ESTENNE B., CLOT Ph., FAURE J.C., RICHARD C.A., LORTAT-JACOB J.L.
La désunion des anstomoses oesophagogastriques dansla chirurgie du cancer de l'oesophage. - Bilan de 415 interventions.
Ann. Chir. 27, 567-577, 1973

70/ - GOLBY M. and COLDING B.W.
Coindidental carcinoma of oesophagus and stomach.
Brit. J. Surg. 56, 601-603, 1969

71/ - GOLDSMITH H.S., KIEKY A.A., RANDALL H.T.
Protection of intra-thoracic esophagealanastomoses by omentum
Surg. 63, 464-466, 1968

72/ - GOODNER J.T.
Surgical and radiation treatment of cancer of the thoracic esophagus.
Amer. J. Roentgenl. 99, 523-528, 1969

73/ - GOODNER J.T.
Treatment and survival in cancer of the cervical esophagus.
Amer. J. Surg. 118, 673-675, 1969

74/ - GOODNER J.T.
Combined (irradiation and surgery therapy for cancer of the thoracic esophagus).
Progr. Clin. Cancer 4, 375, 1970

75/ - GOODNER J.T. and TURNBULL A.D.M.
Bone metastases in cancer if the esophagus
Amer. J. Roentgenol 111, 365-367, 1971

76 - GOWING N.F.G.
Miscellaneous lesions associated with carcinoma of the esophagus
IN : Neoplastic disease at various site, Vol. IV N.C. TANNER-SMITHERS D.W. - LIVINGSTONE - Edinbourgh 1961

77/ - GAVRILIU D.
Etat actuel du procédé de reconstruction de 1'oesophage par tube gastrique - 138 malades opérés.
Ann. Chir. 19, 219-224, 1965

78/ - GREGORIE Jr. H.B.
Esophagocoloplasty
Ann. Surg. 175, 740-749, 1972

79/ - GROVES L.K. and EFFLER D.B.
Cancer of the gastric cardia associated with esophageal hiatus hernia.
Surg. Gynec. Obstet. 116, 463-468, 1963

80/ - GROVES L.K. and RODRIGUEZ-ANTUNEZ A.
Treatment of carcinoma of the esophagus and gastric cardia with concentrated preoperative irradiation followed by early operation.
Ann. Thorac. Surg. 15, 3333-340, 1973

81/ - GUERNSEY J.M., DOGGETT R.L.S., MASON G.R., KOHATSU S., OBERHELMAN H.A.
Combined treatment of cancer of the esophagus
Amer. J. Surg. 117, 157-161, 1969

82/ - GUERNSEY and Coll.
Abdominal exploration in the evaluation of patients with carcinoma of the thoracic esophagus.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 59, 62-66, 1970

83/ - GUINN G.A., JORDAN Ph., STEWART C.V.
Appraisal of therapy for carcinoma of the esophagus.
Amer. J. Surg. 122, 703-705, 1971

84/ - GUNNLAUGSSON G.H., WYCHULIS A.R., ROLAND C., ELLIS F.H. Jr.
Analysis of the records of 1657 patients with carcinoma of the esophagus and cardia of the stomach.
Surg. Gynec. Obstet. 130, 997-1005, 1970

85/ - GYNNING I., and LINDGREN M.
Roentgen rotation therapy of oesophageal cancer.
Acta. Chir. Scand. Supp. 356, 130-136, 1965

86/ - HAWE A., PAYNE W.S., WEILAND L.H. and FONTANA R.S.
Adenocarcinoma in the columnar epithelial lined lower (Barret) oesophagus.
Thorax 28, 511-514, 1973

87/ - HAY J.M., DENNINGER P. et D'ESCATHA P.
La valeur du test de Mac GRAW pour le diagnostic des fistules digestives.
Nouv. Presse Med. 2, 852, 1973

88/ - HOUDART C.L., LARRIEU H. et BISMUTH M.
Traitement des cancers du 1/3 moyen de l'oesophage par oesophagectomie totale et iléocoloplastie.
Mem. Acad. Chir. 88, 473-481, 1962

89/ - HUMPHREY C.R. and CLIFFTON E.E.
Carcinoma of the distal part of the esophagus and cardia of the stomach.
Surg. Gynec. Obstet. 127, 737-743, 1968

90/ - HUREAU J., DELAVIERRE Ph., BOURDAIS J.P. et ROGE J.
La cancérisation de l'ulcère de l'oesophage.
Sem. Hôp.Paris 49, 2037-2041, 1973

91/ - IMRE J. and KOPP M.
Arguments against long term conservative treatment of oesophageal strictures due to corrosive Burns.
Thorax 27, 594-598, 1972

92/ - INBERG M.V., LINNA M.I., SCHEININ T.M., VANTTINEN E.
Anastomotic leakage after excision of esophageal and high gastric carcinoma.
Amer. J. Surg. 122, 540-544, 1971

93/ - JACOBSSON F.
The paterson-Kelly (Plummer-vinson) syndrome and carcinoma of the cervical oesophagus
IN Neoplasic Disease et various sites - Vol. IV
N.C. TANNER- D.W. SMITHERS - LIVINGSTONE EDINBURGH 1961

94/ - JOHANSSON L., SILANDER T. and SÖDERLUND S.
Considerations on surgical treatment of oesophageal cancer.
Acta. Chir. Scand. Supp. 356, 137-139, 1965

95/ - JOHNSON C.L., GLAGETT O.T.
Palliative esophagogastrostomy for inoperable carcinoma of the esophagogastric junction.
J. Thorac. Surg. 60, 269-274, 1970

96/ - JOHNSON J., KIRBY C.K., BLAKEMORE W.S.
The surgical treatment of carcinoma of the esophagus and cardiac and of stomach.
Surg. Clin. N. Amer. 42, 1397-1405, 1962

97/ - JOSKE R.A., BENEDICT E.B.
The role of benign esophageal obstruction in the development of carcinoma of the esophagus.
Gastroenterology 36, 749-751, 1959

98/ - KALEGAWA T., TSUZUKI T. and SASAKI T.
Primary pharyngogastrotomy for carcinoma of the esophagus situated in the cervico thoracic segment
Surg. 73, 226-229, 1973

99/ - KILTON L., GOTTLIEB J.A.
Scle-oderma and carcinoma of the oesophagus
The Lancet, 7714, 707, 1971

100/ - KOBAYASHI S., PROLLA J.C., WINANS G., KIRSNER J.B.
Improwed endoscopic diagnosis of gastro-esophageal malignancy : combined use of direct vision brushing cytology and biopsy
J.A.M.A. 212, 2086-2089, 1970

101/ - KOCK N.G., LEWIN E., PETTERSSON S. and STENER B.
Carcinoma of the thoracic esophagus and cardia : a review of 146 cases.
Acta. Chir. Scand. 133, 375-380, 1967

102/ - KYLLÖNEN K.E.J. and VIRKKULA L.
On operative treatment of carcinoma of the esophagus.
Acta Chir. Scand. Supp. 356, 117-120, 1965

103/ - LACOUR J. et PHAM-QUANG-CHAU
A propos de 136 observations de gastrostomie au cours du traitement palliatif du cancer de l'oesophage.
Mem. Acad. Chir. 87, 500-505, 1961

104/ - LAFORET E.G. STRIEDER J.W. and LYNCH J.P.
Acquired surgical lesions of the esophagus
IV CHARLES THOMAS 1962

105/ - LAGACHE G., COMBEMALE B., EL-HASSAR S.
Cancer sur megaoesophage après opération de Heller
Lille Chir. 26, 267-274, 1971

106/ - LAHNECHE B.E., PIERLUCA P.
Résultats de tentatives de scintigraphie oesophagienne
J. Radiol. Electro. Med. Nucl. 51, 659-664, 1970

107/ - LAGMAN M.J.S.
Epidemiology of cancer of the oesophagus and stomach.
Brit. J. Surg. 58, 792-793, 1971

108/ - LAWLER M.R., GOBBEL W.G.
Carcinoma of the esophagus.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 58, 509-613, 1969

109/ - LECCO V. et MAGNANI G.
Sur le comportement caryotypique des lymphocytes circulants dans les néoplasies d'intérêt otorhinolaryngologique.
J. Franc. ORL 21, 421-425, 1972

110/ - LEE B.K., THOMPSON S.A. and DELUCCIA V.C.
Carcinoma of the esophagus a thirten year study
Inst. Surg. 47, 84-86, 1967

111/ - LEMOINE J.M., FAUVET J., CHAVY A., VASSELIN M.
Les constatations trachéo-bronchoscopiques de 700 cas de cancers oesophagiens.
Les Bronches 20, 331-341, 1970

112/ - LE ROUX B.T.
An analysis of 700 cases of carcinoma of the hypopharynx, the oesophagus, and the proximal stomach.
Thorax, 16, 226-255, 1961

113/ - LINDER M.
Neoplasias in oesophagoplasties.
Bull. Soc. Int. Chir. 31, 1-6, 1972

114/ - LOGAN A.
The surgical treatment of carcinoma of the esophagus and cardia
J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 46, 150-161, 1963

115/ - LORTAT JACOB J.L., RICHARD C.A., MAILLARD J.N.
L'oesophagoplastie par dédoublement gastrique - Procédé de GAVRILIU
Mem. Acad. Chir. 356-361, 1960

116/ - LORTAT-JACOB J.L., RICHARD C.A.
Les cancers sur rétrécissement cicatriciel de l'oesophage.
Arch. Mal. App. Dig. 51, 1380-1386, 1962

117/ - LORTAT-JACOB J.L., FEKETE F., LANGRAND L. et HUGUIER M.
Traitement palliatif de la dysphagie des cancers inextirpables de l'oesophage par l'intubation à demeure.
Mem. Acad. Chir. 94, 80-83, 1968

118/ - LORTAT-JACOB J.L., RICHARD C.A., FEKETE F. and TESTARD J.
Cardiospasm and esophageal carcinoma, a report of 24 cases.
Surg. 66, 969-975, 1969

119/ - LOWE W.C.
Survival with carcinoma of the esophagus
Ann. Int. Med. 77, 915-918, 1972

120/ - MAC DONALD J.B., WAISSBLUTH J.G., LANGMAN M.J.S.
Carcinoma of the oesophagus and gastric surgery.
The Lancet 1, 91-20, 1971

121/ - MAC GLASHAN N.D., WALTERS C.L. and MAC LEAN A.E.
Nitrosamines in African alcoholic spirits and oesophageal cancer.
The Lancet 2, 1017, 1968

122/ - MAGILL T.G. and SIMMONS R.L.
Resection of cardioesophageal carcinoma : factors contributing to its mortality, palliation and cure.
Arch. Surg. 94, 865-869, 1967

123/ - MAILLARD J.N., HUGUIER M., CONTE-MARTI J., DEBLOIS G. et LORTAT-JACOB J.L.
Caractères anatomopathologiques de 349 cancers oesophagiens réséqués.
Presse Méd. 79, 617-619, 1971

124/ - MAILLARD J.N., HUGUIER M., CONTE-MARTI J., LORTAT-JACOB J.L.
Pronostic éloigné de la résection pour cancer de l'oesophage.
Nouv. Presse Méd. I, 2737-2741, 1972

125/ - MAILLET P., SISTERON A., GAILLARD J.
Exérèse d'un cancer de l'oesophage cervical. Rétablissement de la continuité par transplant sigmoïdien revascularisé.
Mem. Acad. Chir. 92, 257-261, 1966

126/ - MAILLET P.
Chirurgie de l'oesophage. Nouveau traité de technique chirurgicale.
Tome X, Ed. MASSON, Paris 1968

127/ - MAILLET P., CUCHE J., TAPISSIER J.R.
Double cancer oesophagien et gastrique. Problème posé par la restauration de la continuité.
LYON Chir. 66, 215-217, 1970

128/ - MAILLET P.
Tumeurs malignes de l'oesophage.
E.M.C. EST-9205 A20 1-22, 1972

129/ - MAILLET P., CUCHE J., BAULIEUX J., et BERARD Ph.
Le traitement chirurgical du cancer de l'oesophage moyen : à propos de 228 cas.
LYON Chir. 69, 95-99, 1973

130/ - MARCHAT F.
Cancer de l'oesophage au stade précôce.
Thèse LYON 1974

131/ - MARTINI R.B.
Consideraciones sobre el valor diagnostico de la esofagoscopia y biopsia en 100 casos de carcinoma del esofago.
Pren. Med. Argent. 57, 344-347, 1970

132/ - MAYER M.
Anastomoses palliatives dans le cancer de l'oesophage thoracique
Thèse LYON 1951

133/ - MEYNARD J.M. et TOURNERIE J.
A propos de 110 cas de telecobalthérapie pour cancer de l'oesophage.
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 54, 1263-1268, 1965

134/ - MICHAUD P., SAUBIER E.C., VIARD H., TERMET H., et GUILLERET J.
Le cancer sur oesophagite peptique à propos de 46 observations.
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 50, 964-972, 1961

135/ - MICHEL J.O., OLSEN A.M. and DOCKERTY M.B.
The association of diaphragmatic hiatal hernia and gastro-oesophageal carcinoma.
Surg. Gynec. Obstet. 124, 583-589, 1967

136/ - MILLER C.
Carcinoma of thoracic oesophagus and cardia ; a review of 405 cases.
Brit. J. Surg. 49, 507-522, 1962

137/ - MING S.G., BULLOUGH P.G.
Coexisting adenocarcinoma of the esophagus and of the oesophagogastric junction
Amer. J. Dig. Dis. 8, 439-443, 1963

138/ - MOERTEL C.G., REITEMEIER R.J.
Chemotherapy of gastro-intestinal cancer.
Surg. Clin. N. Amer. 47, 929-953, 1967

139/ - MONGES H., REBOUD E., ROUZAUD R., NANCY A.
Un cas de léiomyosarcome de l'oesophage
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 55, 936-937, 1966

140/ - MOSELEY R.V.
Squamous carcinoma of the esophagus
Surg. Gynec. Obstet. 126, 1242-1246, 1968

141/ - MOUCHET A., MARQUAND J., GUIVARCH M.
Cancer de l'oesophage ; analyse d'une statistique de 297 cas.
Mem. Acad. Chir. 92, 155-163, 1966

142/ - MOULINIER B., OLIVEIRA (De) G., LAMBERT R., RUET D., LESBROS F. et BRAULT A.
Le cancer de l'oesophage limité à la muqueuse.
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 62, 489-494, 1973

143/ - MOUNIER KUHN P., GAILLARD J., REBATTU J.P. et JAKUBOWICZ B.
Statistique des cancers multiples à la clinique Otorhino-laryngologique de LYON (1950à 1962).
LYON Med. 212, 1389-1421, 1964

144/ - MOUNIER KUHN P., GAILLARD J., HAGUENAUER J.P., CHAMPS (De) B.
Les indications de l'intubation par voie haute des cancers de l'oesophage.
J. Fr. ORL, 17, 491-500, 1968

145/ - MOUNIER KUHN P., GAILLARD J., HAGUENAUER J.P. et BERNARD P.A.
Etats pré-cancéreux de l'oesophage
J. Med. LYON 51, 1957-1964, 1970

146/ - MOUSSEAU M., BARBIN J.Y., BAUDRY G., et VISSET J.
Intubation à demeure de l'oesophage cancéreux : limite des indications.
Mem. Acad. Chir. 94, 76-79, 1968

147/ - MUNARD J.
Bilan de 145 cas de cancers de l'oesophage observés dans un Service de Chirurgie.
Thèse DIJON 1971.

148/ - MUSTARD R.A., IBBERSON O.
Carcinoma of the esophagus : a review of 381 cases admitted to toronto general hospital 1937-1953 inclusive.
Ann. Surg. 144, 927-940, 1956

149/ - NAHUM H., LEVESQUE M., CIVARD M., GIULI R., LORTAT-JACOB J.L.
Radiologie de l'oesophage opéré pour cancer.
Ann. Radiol. 15, 813-822, 1972

150/ - NAKAYAMA K.
Statistical review of five years survivals after surgery for carcinoma of the esophagus and cardiac portion of the stomach.
Surg. 45, 883-889, 1959

151/ - NAKAYAMA K.
Carcinoma of the esophagus and the cardia experience in approximately 3000 cases.
J. Int. Coll. Surg. 35, 143-153, 1961

152/ - NAKAYAMA K., YAMAMOTO K., TAMIYA T., MAKINO H.
Vascular reconstruction in esophageal surgery with special reference to autografting.
J. Int. Coll. Surg. 38, 358-371, 1962

153/ - NAKAYAMA K., YANAGISAWA F., NABEYA K., TAMIYA T., KOBAYASHI S. and MAKINO K.
Concentrated preoperative irradiation therapy
Arch. Surg. 87, 1003-1018, 1963

154/ - NAKAYAMA K.
Surgical treatment combinal with preoperative concentrated irradiation for esophageal cancer.
CANCER 20, 789-791, 1967

155/ - NELSON C.S.
Chemotherapy as the definitive form of therapy in esophageal carcinoma.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 63, 827-837, 1972

156/ - OKADA N., KURIYAMA T., UMEMOTO H., KOMATSU T., TAGAMI Y.
a procedure for posterior invagination esophagogastrostomy in one stage without positional change.
Ann. Surg. 179, 27-34, 1974

157/ - ONG G.B. and VAN LAGENBERG A.
Traumatic perforation in carcinoma of the oesophagus
Brit. J. Surg. 57, 697-700, 1970

158/ - PALMER E.D.
The esophagus and its diseases
Ed. PB HOEBER, NEW YORK 1952

159/ - PAPILLON J. et GOYON M.
Le traitement radiothérapique du cancer de l'oesophage d'après 225 observations
Bull. Cancer 43, 331-340, 1956

160/ - PARKER E.F., GREGORIE Jr. F.B., ARRANTS J.E. and RAVENEL J.M.
Carcinoma of the esophagus.
Ann. Surg. 171, 746-750, 1970

161/ - PEARSON J.B., CHAPLIN D.M.
Experience with a urine precipitation test for intestinal perforation.
Amer. J. Surg. 115, 502-504, 1968

162/ - PEARSON J.G.
The value of radiotherapy in the management of squamous oesophageal cancer
Brit. J. Surg. 58, 794-798, 1971

163/ - PETROV B.A.
Retrosternal artificial esophagus created from colon - 100 operations
Surg. 55, 520-523, 1964

164/ - PETROV B.A.
Resection fo the thoracic esophagus for cancer.
CANCER 20, 789-792, 1967

165/ - PETROVSKY B., VANTSIAN E.N.
Our experience in the surgical treatment of malignant and benign oesophageal tumors.
Surg. 62, 833-838, 1967

166/ - PIAGET F., CHARACHON R., GROS J.C., JUNIEN la VILLAUROY G., DEZANI M.
Diverticules de l'oesophage et cancer.
J. Fr. ORL 17, 751-754, 1968

167/ - PINCH L.W., CHRISTIANSEN K.H., and STAINBACK W.C.
Carcinoma of the esophagus : a twenty year study.
Amer. J. Surg. 111, 704-707, 1966

168/ - PLOUS E., FREEDMAN J., WOLF P.L.
Carcinoma within a lower esophageal (epiphrenic) diverticulum.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 47, 129-132, 1964

169/ - POSTLETHWAIT R.W. and SEALY W.C.
Surgery of the esophagus III
CH. C. THOMAS 1961

170/ - POUYET M., BERARD Ph., BOUSQUET G.
Documents anatomiques sur l'emploi du colon transverse isopéristaltique pour oesophagoplastie.
LYON Chir. 63, 197-206, 1967

171/ - PROLLA J.C., TAEBEL D.W. and KIRSNER J.B.
Current status of exofiative cytology in diagnoses of malignant neoplasms of the esophagus.
Surg. Gynec. Obstet. 12L, 743-752, 1965

172/ - RACHAIL M., RACHAIL-ARNOUX M., COLOMB M. et MOURIQUAND C.
Le cytodiagnostic gastrique et oesophagien sous contrôle endoscopique.
LYON Med. 231, 325-332, 1974

173/ - RAPHAEL H.A., ELLIS F.H., DOCKERTY M.B.
Primary adenocarcinoma of the esophagus ; 18 year. Review and review of literature.
Ann. Surg. 164, 785-796, 1966

174/ - REBOUD E., PICAUD R., ROUZAUD R., SARRAZIN A.
Les transplants coliques gauches en chirurgie oesophagienne.
Mem. Acad. Chir. 94, 324-333, 1968

175/ - REBOUL J., LAURENT H.R., OLEN J.P., PICOT A.
Curietherapie endocavitaire à 1'IRIDIUM 192 dans les cancers de 1'oesophage. 4 premières observations
J. Radiol. Elect. Med. Nucl. 53, 388-390, 1972

176/ - RIBET M. et CAGET J.P.
Cancer sur megaoesophage
Chir. 98, 632-637, 1972

177/ - RIBET M. et MORTIER F.
La dégénérescence des oesophagites peptiques.
J. Chir. 103, 341-352, 1972

178/ - ROBERTSON R., COY P. and MOKKHAVESA S.
The results of radical surgery compared with radical rediotherapy in the treatment of squamous carcinoma of the thoracic esophagus. The case for preoperative radiotherapy.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 53, 430-440, 1967

179/ - ROBILLARD J., COUEDIC Y., COUETTE J.E. et ABBATUCCI J.S.
Le traitement radiothérapique des cancers de 1'oesophage (à propos de 237 cas inopérables).
J. Radiol. Electro. Med. Nucl. 51, 785-789, 1970

180/ - RODRIGUEZ-ANTUNEZ A. and GROVES L.K.
High dose preoperative irradiation of esophageal cancer.
Radiology 92, 377-380, 1969

181/ - ROHART J., ADENIS L., DELACROIX R. et LEQUINT A.
Diagnostic et traitement du cancer de 1'oesophage.
La Clinique, 63, 137-143, 1968

182/ - ROHART J., GIAUX G., MADELAIN M., ROZAN R.
Considérations sur la radiothérapie des cancers de 1'oesophage.
J. Radiol. Electr. Med. Nucl. 52, 736-746, 1971

183/ - RUDLER J.C. et LAFARGUE P.
Les oesophagoplasties avec le tube digestif.
Rapport au 55ème Congrès Français de Chirurgie 1953

184/ - RUSANOV A.A.
Our experience in survival treatment of esophageal cancer.
Chirurgy 11, 23-27, 1966

185/ - SAEGESSER F. et HOFSTETTER J.
Le traitement chirurgical du cancer de l'oesophage
Le cancer de l'oesophage
CANDARDJIS G., MASSON Edit. Paris 1963

186/ - SANTY P., MICHAUD P. et CHARNAY P.
Diverticule épiphrénique de l'oesophage et cancer
LYON Chir. 51, 501-502, 1956

187/ - SAUBIER E.C., TERMET H. et LEQUIN P.
Valeur de la pyloroplastie dans la chirurgie oesophagienne
Arch. Mal App. Dig. 59, 1209-1214

188/ - SAUBIER E.C. et LEQUIN P.
A propos de 3 observations de cancers développés sur un mégaoesophage idiopathique.
Arch. Mal. App. Dig. 53, 1055-1060, 1964

189/ - SCANLON E.F., MORTON D.R.
The case against segmental resection for esophageal carcinoma.
Surg. Gyn. Obstet. 101, 290-294, 1955

190/ - SCANLON E.F.
Pittfalls in the surgical management of carcinoma of the esophagus.
Surg. Clin. N. Amer. 50, 75-80, 1970

191/ - SCHOENBERG B.S., BAILAR J.C. and FRAUMENI J.F.
Certain mortality patterns of esophageal cancer in the united states 1930-1967
J. Nat. Cancer Inst. 46, 63-73, 1971

192/ - SEGI M., KURIMARA M. and MATSUYAMA T.
Cancer mortality for selected sites in 24 countries (1964-65)
Departement of public health : TOHOKU
University school of medecine - SENDAI - JAPAN 1969

193/ - SEIFFERT E., BORST H.H., OSTERTAG H., St STENDER H., BRASCHKE M. MISAKI F., ATAY Z.
Carcinoma in situ of the esophagus (early esophageal cancer).
Endoscopy 5, 147-153, 1973

194/ - SEYMOUR E.Q., PETTIT H.S.
Preoperative X ray therapy in cancer of the esophagus
Radiology 85, 952-955, 1965

195/ - SHEARMAN D.J.C., FINLAYSON N.D.C., ARNOTT S.J., PEARSON J.G.
Carcinoma of the oesophagus after gastric surgery.
The Lancet I, 581-582, 1970

196/ - SHINE I.
Carcinoma of the oesophagus with tylosis (keratosis palmaris and plantaris).
The Lancet II, 951-953, 1966

197/ - SOUMENKOFF, CHAMLA J. et HENRY J.A.
Etude de 206 cas de cancers oesophagiens traités par irradiation.
Acta. Chir. Bel. Supp. II, 113-124, 1966

198/ - SOTNIKOV V.N., ERMOLOV A.S., LITVINOV V.I.
The diagnosis of intra abdominal metastases of esophageal cancer by means of laparoscopy
VOP ONKOL 19, 35-38, 1973

199/ - SPATH F.
Heutige operative moglichkeiten Beim thorakalen osophagus-karzinom und prognose.
Bruns'Beitr - Klin. Chir. 218, 289-294, 1970

200/ - STALEY C.J., and SCANLON E.F.
Reconstruction of the esophagus after resection for cancer
Surg. Clin. N. Amer. 47, 215-230, 1967

201/ - STEMMER E.A. and ADAMS W.E.
The incidence of carcinoma at the esophagogastric junction in short esophagus.
Arch. Surg. 81, 771-780, 1960

202/ - STEPHEN S.J. and URAGODA C.G.
Some technicol modifications in oesophageal resection for carcinoma.
Thorax 27, 228-231, 1972

203/ - SUZUKI H., KOBAYASHI S., ENDO M., NAKAYAMA K.
Diagnosis of early oesophageal cancer.
Surg. 71, 99-103, 1972

204/ - SWEET R.H.
Late results of surgical treatment of carcinoma of the esophagus.
J.A.M.A. 155, 422-425, 1954

205/ - THOMPSON D.T.
Lower tracheal and carenal resection associated with sub total oesophagectomy for carcinoma of oesophagus involving trachea.
Thorax 28, 257-260, 1957

206/ - TRAGUS E.T., GRIFFITH J.L.
Palliative intubation for malignant strictures of the esophagus.
Am. J. Surg. 119, 27-29, 1970

207/ - TRESTIOREANU A.L. et MUDRIC V.
Essai de classification par stades cliniques des tumeurs malignes de l'oesophage.
Ann. Oto. Laryng. 86, 325-327, 1969

208/ - TRUCHOT M.
Valeur de la biopsie dirigée dans l'endoscopie digestive haute.
Lyon Med. 231, 333-339, 1974

209/ - TUYNS A.J.
Cancer of the oesophagus : further evidence of the relation to drinking habits in France.
Int. J. Cancer 5, 152-156, 1970

210/ - VILARDELL M.F.
Cancer de l'oesophage
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 61, 265-272, 1972

211/ - VINCENT R.G., WEBSTER J.H.
Total esophagectomy and descending colon by pass for squamous cell carcinoma of the esophagus.
Am. J. Surg. 121, 527-530, 1971

212/ - WAPNICK S., CASTLE W., NICHOLLE D., ZANAMWE L.N.D., and GELFAND M.
Cigarette, smoking, alcohol and cancer of the oesophagus.
South. Afr. Med. J. 46, 2033-2026, 1972

213/ - WARD A.S. and COLLIS J.L.
Late result of oesophageal and oesophagogastric resection in the treatment of oesophageal cancer.
Thorax 26, 1-5, 1971

214/ - WATSON W.L., GOODNER J.T., MILLER T.P. and PACK G.T.
Torek esophagectomy : the case against segmental resection for esophageal cancer.
J. Thorac. cardiovasc. Surg. 32, 347-359, 1956

215/ - WOOKEY H.
Surgical treatment of carcinoma of the pharynx and upper esophagus
Surg. Gyn. Obstet. 75, 499-506, 1942

216/ - YAMAGISHI M., YONEMOTO T.
An isoperistaltic gastric tube.
Arch. Surg. 100, 689-692, 1970

217/ - YOUNGHUSBAND J.D., ALUWIHARE A.P.R.
Carcinoma of the oesophagus : factors influencing survival.

218/ - ZACHO A. and FISCHERMANN K.
Surgical treatment of malignancies of the oesophagogastric junction.
Acta. Chir. Scand. Supp. 356, 121-129, 1965

219/ - ZENKER R., SEIDEL W., BORST H. and JÜLCH R.A.
Ergebnisse der chirurgie bahandlung des ösophagus karzinoms.
Thorax Chirurgie 14, 247-253, 1966

TABLE DES MATIERES

	Pages
CHAPITRE PREMIER : INTRODUCTION, MATERIEL D'ETUDE	1
CHAPITRE II : DONNEES GENERALES	7
A/ Données épidémiologiques	9
B/ Données étio-pathogéniques	11
C/ Données anatomopathologiques	18
CHAPITRE III : ETUDE CLINIQUE	29
A/ Les Signes Cliniques	31
B/ Les Moyens du Diagnostic	38
C/ Le Bilan préopératoire	42
CHAPITRE IV : LE TRAITEMENT	49
. LES METHODES THERAPEUTIQUES	51
A/ Les Méthodes Chirurgicales palliatives	53
B/ La Radiothérapie	55
C/ La Chimiothérapie	58
D/ Les Méthodes d'Exérèses	59
1) Les résections-anastomoses	60
2) L'oesophagectomie totale	66
. LA SELECTION	71

		Pages
CHAPITRE V	: LES MALADES RECUSES POUR UNE OPERATION D'EXERESE	81
	A/ Les Malades récusés d'emblée	83
	B/ Les Malades récusés en cours d'exploration	84
	C/ Résultats Globaux	85
	D/ Résultats en fonction de la Méthode utilisée	86
CHAPITRE VI	: LA TACTIQUE OPERATOIRE DANS LES EXERESES	93
	A/ Les Méthodes	97
	B/ Répartition des interventions selon la localisation tumorale	101
	C/ Exérèses radicales et exérèses palliatives	109
	D/ L'Association radiochirurgicale	111
CHAPITRE VII	: LES SUITES POST-OPERATOIRES DES EXERESES	115
.	LA MORTALITE OPERATOIRE	119
	A/ Incidence du temps	121
	B/ Incidence de l'âge	121
	C/ Incidence du siège du cancer	122
	D/ Incidence du type d'intervention	124
	E/ Causes de la Mortalité	127
.	LA MORBIDITE POST-OPERATOIRE	141
.	LES REINTERVENTIONS PRECOCES	145

Pages

CHAPITRE VIII : RESULTATS ELOIGNES DES EXERESES 149

. LA SURVIE ELOIGNEE 153

A/ Survie Globale 155

B/ Incidence du Siège 157

C/ Incidence du Sexe 166

D/ Incidence du délai de consultation 168

E/ Incidence de la taille tumorale 169

F/ Incidence des données histologiques 169

G/ Incidence de l'Association Radiochirurgicale 181

. LES COMPLICATIONS SECONDAIRES 191

A/ La mortalité secondaire 193

B/ Les récidives néoplasiques 196

1) Métastatiques 196

2) Intraluminales 198

3) médiastinales 200

4) abdominales 202

5) non précisées 203

6) néoplasmes secondaires 203

C/ Résultats fonctionnels 205

FICHE PERFOREE 208

CONCLUSIONS 213

BIBLIOGRAPHIE 217

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 2 - Tél. (78) 74-33-47

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 2 - Tél. (78) 74-33-47